

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra speciální pedagogiky**

**Formy terapie u dětí s vývojovou dysfázií**

Vedoucí bakalářské práce:

**PaeDr. Blanka Housarová, Ph.D.**

Autor práce:

**Renata Mielniková, DiS.**

**Praha 2009**

**Charles University in Prague**

**Faculty of Education**

**Chair of Special education**

## **Forms of therapy for children with dysphasia**

**Supervisor:**

**PaeDr. Blanka Housarová, Ph.D.**

**Author:**

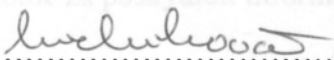
**Renata Mielniková DiS**

**Prague 2009**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby byla moje práce uložena na Univerzitě Karlově v Praze v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Praze dne 9. 7. 2009

.....

Renata Mielniková

#### NÁZEV:

Formy terapie u dětí s vývojovou dysfázií

#### ANOTACE:

Bakalářská práce Formy terapie u dětí s vývojovou dysfázií je zaměřena na možné formy terapie, které je možné využít u dětí s vývojovou dysfázií. Ve své teoretické části se zabývám definicí vývojové dysfázie. Podrobněji pak symptomatologii vývojové dysfázie, a to jak příznaky v oblasti řečové, tak i neřečové. Důležité informace rovněž uvádím v kapitole, která je zaměřená na komplexní rehabilitaci u dětí s touto poruchou řeči a má poukázat na to, jakým způsobem můžeme o tyto děti pečovat z komplexního hlediska. Stejně je samostatná kapitola věnovaná se terapii řečových dovedností. Praktickou část svoji práce jsem založila na kazuistice o dívce s vývojovou dysfázií. Dočetla jsem do základní školy logopedické Don Tjosa, kde jsem měla možnost vidět práci této dívky. Rovněž jsem nahlédla do dokumentace

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce PaedDr. Blance Housarové, PhD. za veškerou pomoc, odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala mamince Sary a Sáře samotné za poskytnutí informací a pomoci pro realizaci praktické části bakalářské práce.

Vývojová dysfázie, symptomatologie, komplexní rehabilitace, terapie.



**NÁZEV:**

Formy terapie u dětí s vývojovou dysfázií

**ANOTACE:**

Bakalářská práce Formy terapie u dětí s vývojovou dysfázií je zaměřena na možné formy terapie, které je možné využít u dětí s vývojovou dysfázií. Ve své teoretické části se zabývám definicí vývojové dysfázie. Podrobněji pak symptomatologií vývojové dysfázie, a to jak příznaky v oblasti řečové, tak i neřečové. Důležité informace rovněž uvádím v kapitole, která je zaměřená na komplexní rehabilitaci u dětí s touto poruchou řeči a má poukázat na to, jakým způsobem můžeme o tyto děti pečovat z komplexního hlediska. Stěžejní je samostatná kapitola věnující se terapii řečových dovedností. Praktickou část svojí práce jsem založila na kazuistice o dívce s vývojovou dysfázií. Docházela jsem do základní školy logopedické Don Bosco, kde jsem měla možnost vidět práci této dívky. Rovněž jsem nahlédla do dokumentace a měla také možnost provést několik rozhovorů, jak s maminkou, tak třídní učitelkou a asistentkou. Cílem bylo zjistit, jaká péče byla dívce doposud věnována a zhodnocení její účelnosti. V závěru své práce shrnuji poznatky, které jsem během jejího vypracování získala.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

Vývojová dysfázie, symptomatologie, komplexní rehabilitace, terapie.

**TITLE:**

Forms of therapy for children with dysphasia

**SUMMARY:**

The Baccalaureate work "Forms of therapy for children with dysphasia" is focused on possible forms of therapy that can be used for children with dysphasia. In my theoretical part I am dealing with the definition of dysphasia.

In the following I am dealing with the symptomatology of dysphasia in more details, namely with symptoms in the speech area and in the non-speech area. Important information can also be found in the chapter which is focused on complex rehabilitation of children with this (previously mentioned) disorder of speech and it is supposed to point at ways we can use to treat children from complex view. The Chapter about therapies to help speech abilities is fundamentally important. The practical part is based upon kazuistic of a girl with dysphasia. I was attending a logopaedic elementary school called "Don Bosco" where I was able to observe the work of this girl. I was also allowed to see her documentation and talk to her mother several times, as well as to her teacher and assistant. My goal was to find out how the girl has been treated so far in her life and if this treatment has been successful and efficient. By the end of this work I am summarizing my own findings, which I gained while working on it.

**KEY WORDS:**

Dysphasia, symptomatology, complex rehabilitation, therapy.

Obsah	34
Úvod	9
1 Symptomatologie vývojové dysfázie	10
1.1 Definice vývojové dysfázie	10
1.2 Symptomy vývojové dysfázie	10
1.2.1 Příznaky v řečové oblasti	12
1.2.2 Příznaky v neřečové oblasti	14
2 Komplexní rehabilitace dětí s vývojovou dysfázií	18
2.1 Vysvětlení základních pojmů	18
2.2 Léčebná rehabilitace	23
2.2.1 Psychoterapie	23
2.2.2 Ergoterapie	24
2.2.3 Terapie s účastí zvířete	24
2.2.4 Expresivní terapie	25
2.2.5 Muzikoterapie	25
2.2.6 Arteterapie	26
2.2.7 Psychomotorika	26
2.2.8 Dramaterapie	26
2.3 Sociální rehabilitace	27
2.4 Pedagogická rehabilitace	27
3 Terapie řečových dovedností	28
3.1 Cíle terapie řečových dovedností	28
3.2 Principy terapie řečových dovedností	29
3.3 Individuální a skupinová terapie řečových dovedností	30
3.4 Návik mluvních dovedností	31
3.5 Pomocné metody a pomůcky užívané při terapii řečových dovedností	32

4	Praktická část .....	34
4.1	Cíle empirické části.....	34
4.2	Použité metody.....	34
4.3	Případová studie.....	35
4.3.1	Osobní anamnéza .....	35
4.3.2	Rodinná anamnéza .....	36
4.3.3	Sociální anamnéza.....	38
4.4	Odborná vyšetření .....	39
4.5	Formy terapie a péče o dítě s vývojovou.....	44
5	Diskuse.....	55
	Závěr .....	57
	POUŽITÁ LITERATURA.....	58
	Přílohy.....	60

## Úvod

*„...slova, která nás vzala za srdce, v nás znovu a znovu vyvolávají tentýž pocit blaženosti, totéž vrnění, když si na ně vzpomeneme. Anebo – pokud jsou z té černé škatulky – nás znovu a znovu zraňují, pálí a cloumají s námi i po měsících a letech, zatímco rány utrpěné nožem, kladívkem či zubní vrtačkou se přestanou ozývat, jakmile se zacelí. Řeč má podivuhodnou moc a sílu...“* (Česká logopedie 2002, František Nepil, str. 9)

Možná právě na základě tohoto či podobného zamyšlení jsem se rozhodla věnovat svou bakalářskou práci oblasti řečového postižení a konkrétně tématu formy terapie u dětí s vývojovou dysfázií.

Má bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část dělím na tři kapitoly, které mají za cíl zprostředkovat teoretické poznatky o tématu vývojové dysfázie a užívaných forem terapie. V první kapitole se věnuji symptomatologii vývojové dysfázie. Uvádím zde nejdříve definici pojmu vývojové dysfázie a dále se zaměřuji na samotné symptomy. A to na symptomy jak v řečové, tak neřečové oblasti.

Druhá kapitola nazvaná komplexní rehabilitace dětí s vývojovou dysfázií se zaměřuje na rozvoj celé osobnosti dítěte s touto diagnózou. Definuji zde základní pojmy, jako je rehabilitace, terapie a ucelená rehabilitace. A dále je pak rozdělena na tři základní skupiny, a to léčebnou, sociální a pedagogickou rehabilitaci.

V pořadí třetí kapitola teoretické části se zabývá terapií již zmiňovaných řečových dovedností. Zde se snažím teoreticky popsat, jak z hlediska řeči pracovat s dítětem s vývojovou dysfázií. Kapitola je pak rozdělena na podkapitoly, které zahrnují cíle řečových dovedností, jejich principy, dělení na individuální a skupinovou terapii, nácvik vhodných dovedností a kapitolu završuje zmínka o pomocných metodách a pomůckách.

Svou praktickou část jsem zaměřila na případovou studii dítěte s vývojovou dysfázií. Navštěvovala jsem základní školu logopedickou Don Bosco, kde mnou pozorovaná holčička v současné době opakuje první třídu. Měla jsem tedy možnost vidět jak běžné vyučovací hodiny, tak samostatná logopedická sezení a individuální práci. Cenné informace mi poskytla také maminka na základě rozhovorů. Cílem práce je zjištění a popsání forem terapie, kterými prošlo pozorované dítě s vývojovou dysfázií a následné zhodnocení, které terapie jsou účinné a které naopak zcela bezpředmětné.

## **1 Symptomatologie vývojové dysfázie**

### **1.1 Definice vývojové dysfázie**

Na začátku této kapitoly bych začala samotnou definicí vývojové dysfázie. V různých publikacích je tato vada definována trochu jiným způsobem, jelikož však samotná definice není předmětem mé práce, zmínila bych pouze jednu z těchto možných variant. Logopedický slovník uvádí, že dysfázie – dysphasia (dříve alálie), vývojová afázie, (někdy – dyslogie) – specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností, neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené – sociální prostředí, emocionální vazby, kvalita a četnost podnětů, smysly, přiměřená (neverbální) inteligence, zpětná vazba, negativní klasické neurologické vyšetření; předpokládá se, že dysfázie je způsobena drobným difúzním poškozením tzv. řečových zón vyvíjejícího se mozku v časných stádiích; speciální zkoušky u většiny dětí potvrzují známky lehké mozkové dysfunkce. Porucha má systémový charakter a zasahuje v různém stupni a širokém spektru sensorickou i motorickou oblast ve všech jazykových rovinách. (logopedický slovník, str. 44)

Logopedický slovník dále zmiňuje dělení dysfázie na motorickou a sensorickou. U motorické dysfázie jsou převažující obtíže v logomotorické oblasti, nižší slovní aktivní slovní zásoby, než schopnost porozumět slovům a větám. Setkáváme se také s výrazným rozdílem mezi verbální komunikací a neverbálním intelektem. Dítě s vývojovou dysfázií často spoléhá spíše na neverbální způsoby komunikace. V nejtěžších případech se dítě může dokonce naučit pouze několik slov a natolik si uvědomuje své nedostatky, že ztrácí zájem o dorozumívání se mluvenou řečí.

Naopak u sensorické dysfázie převažuje narušení v receptivní oblasti, tedy poruchy fonemického sluchu, specifické sluchové paměti, obtíže v porozumění slovům. Dále pak vývoj řeči nemusí být opožděný, ale mnohdy dochází k nesrozumitelnosti. (Logopedický slovník)

### **1.2 Symptomy vývojové dysfázie**

Pro vývojovou dysfázií je kromě celé řady nejrozličnějších příčin charakteristické, že dochází k výrazně nerovnoměrnému vývoji celé osobnosti. Jinak řečeno, vývojová

dysfázie je nejen porucha/vada řeči, je to komplexní narušení nejen řečových, ale i neřečových složek dítěte.

Narušena je tedy:

- Slovní zásoba
- Gramatika, morfologie
- Zvuková stránka
- Pragmatika
- Hrubá motorika
- Jemná motorika
- Grafomotorika
- Oromotorika
- Sluchová percepce
- Zraková percepce
- Hmatová percepce
- Paměť
- Orientace
- Emoce (Housarová, Táborská, Tluchořová – Česká logopedie 2004, str. 127)

Janotová (1989 Česká logopedie, str. 34) uvádí rovněž výčet symptomů u dětí s vývojovou dysfázií:

- Děti s vývojovou dysfázií nerozumí řeči, nebo rozumí málo. Vyskytuje se funkční porucha percepce, poruchy percepce, poruchy percepce řeči. Dysfatici těžko rozumí, mají obtíže s porozuměním slov a vět, objevují se také nedostatky v poznávání šelestů. Nedostatky fonemického sluchu, obtíže ve fonetické analýze, rovněž poruchy kódování hlásek a zpracování sekvence stimulů.
- Setkáváme se také s tím, že se objeví úplná nemluvnost, nebo dítě nemluví, mluví málo, částečně nemluví. Dochází také k opožděnému vývoji řeči, slabikovému žvatlání a echolálii
- Může se objevit dysartrie, centrální dyslalie, dyslalie, paralalie, porucha fonologického systému, nepřesné používání základních jazykových jednotek,



narušení artikulačního dynamického stereotypu, vážne reprodukce slabikových celků, nedostatek smyslu pro rytmus řeči, porušený rytmus a tempo řeči,

- Typická je také porušená motorika mluvních orgánů, neobratnost mluvidel, nedostatečná výkonnost proprioceptivního aparátu, porucha kinestézie,
- Dysgramatismus, porucha gramatické a syntaktické složky řeči, tvaroslovné a syntaktické poruchy, poruchy syntaxe a lexiky, poruchy lingvistických struktur, specifické poruchy jazykového systému,
- Mezi neřečové symptomy patří výskyt dyslexie, dysgrafie, celková motorická neobratnost, slabý smysl pro rytmus v hudbě, zpěvu, tanci, špatně vnímá a nepamatuje si, poruchy paměti, zejména krátkodobé a nesnáší tlak k mluvení.

V tomto autorka symptomy vývojové dysfázie nijak nečlení, můžeme si zde přečíst jakýsi souhrn symptomů, které se mohou vyskytnout u dětí s touto poruchou. Věnuje se zde převážně symptomům v řečové oblasti a pouze v závěru zmiňuje i další možné neřečové obtíže u dětí s vývojovou dysfázií. Obecně můžeme ale říci, že symptomy vývojové dysfázie se projevují jak v řečové, tak neřečové oblasti vývoje člověka, což bude více specifikováno dále.

### **1.2.1 Příznaky v řečové oblasti**

Dana Kutálková (2002, str. 45) ve své publikaci opožděný vývoj řeči, Dysfázie zmiňuje zejména řečové symptomy. V oblasti řeči se projevuje nízká slovní zásoba, a k jejímu zvyšování dochází velmi pomalu. Dítě se výrazně odlišuje od svých vrstevníků, může slabiky zaměňovat, vynechávat, nebo může docházet k vynechávání částí slov. Porucha se projevuje i při stavbě vět, kdy jsou obsahově chudé, jednoduché až někdy chaotické a zápor je často umisťován až za slovesem. Nápadným znakem je dlouhotrvající absence zvrtných zájmen, pomocných tvarů slovesa býti a nesprávné použití pádů po předložkách, a v neposlední řadě i záměny slovesných vidů. Dochází také k omezení vyjadřovací pohotovosti, tyto děti mají tedy obtíže při vyhledávání vhodných slov, rovněž dochází k záměnám slov, které jsou významově různé, ale podobné zvukově.



*„Je zasažena hloubková i povrchová struktura řeči. Rozsah vnějších příznaků se může jevit jako výraznější „patlavost“, přes nesrozumitelný projev až k úplné nemluvnosti. Zásadním příznakem je vždy opožděný vývoj řeči.*

*V hloubkové struktuře může zasahovat oblast sémantickou, syntaktickou, ale i gramatickou. Přehazování slovosledu, odchylky ve frekvenci výskytu jednotlivých slovních druhů, nesprávné koncovky při ohýbání slov, vynechávání některých slov, redukce stavby věty na dvou- nebo i jednoslovné. V povrchové struktuře řeči jsou zásadní poruchy fonologického systému na úrovni rozlišování rysů hlásek. Nejčastěji je postižena diferenciací znělosti – neznělosti, závěrovosti – nezávěrovosti. Řeč je na poslech výrazně patlavá až zcela nesrozumitelná. Někdy projev dítěte dělá dojem plynulé řečové produkce, je však zcela nesrozumitelný. Vzhledem k uvedeným příznakům proto mluvíme někdy nejen o opožděném, ale i aberantním (odchylném) vývoji řeči.“ (Škodová, Jedlička 2007, str. 112)*

Lejska (2003, str. 101) uvádí souhrn symptomů u dětí s vývojovou dysfázií:

- a) porucha fonetické i fonologické realizace hlásek
- b) vážné syntaktické spojování slov do větných celků
- c) porucha v pořadí řazení slabik – přehazuje, vynechává, opakuje atd.
- d) řeč je agramatická, často nesrozumitelná
- e) vážné percepcí distinktivních rysů, fonematičká percepcí postižena
- f) neschopnost udržet dějovou linii, přeskoky
- g) nedokáže využít redundance k doplnění
- h) nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu
- i) porucha krátkodobé paměti
- j) malá aktivní slovní zásoba
- k) dyslexie, dyspraxie
- l) nepoměr mezi řečovými a neřečovými schopnostmi
- m) porucha kresby
- n) porucha percepcí zrakových, hmatových a rytmičkých signálů
- o) porušena jemná motorika a lateralizace.

Tito tři autoři se shodují v řadě symptomů, jako je například oblast stavby vět. Děti s vývojovou dysfázií při tvorbě vět mají obtíže jednak se spojováním slov do větných celků, věty jsou pak dvou či jednoslovné a velice jednoduché, rovněž mají nižší frekvenci používání určitých slovních druhů, často slova dokonce vynechávají či zaměňují. Většinou se jedná o záměnu slov zvukově podobných.

Kutálková a Lejska se dále zmiňují o malé aktivní slovní zásobě, což je důležitý fakt u dětí s vývojovou dysfázií. Kutálková však jako jediná neuvádí zmínku o nesrozumitelnosti řeči. Kdežto druzí autoři upozorňují na patlavou až nesrozumitelnou řeč, kde se rovněž vyskytuje dramatismus. Lejska pak jako jediný v tomto výčtu dále uvádí zmínku i o neřečových symptomech vývojové dysfázie, které výrazně ovlivňují situaci dítěte s vývojovou dysfázií. Kdežto předchozí autoři mají symptomatologii více rozdělenou na oblast řečových a neřečových projevů vývojové dysfázie. Neřečovým symptomům je však věnována další část této kapitoly.

### **1.2.2 Příznaky v neřečové oblasti**

Řeč však není jedinou oblastí, kde se vývojová dysfázie projevuje. Symptomatologie vývojové dysfázie jsou celým komplexem poznatků zasahujících do celé sféry vývoje a života dysfagického dítěte. U každého dítěte se projevují individuálně co do rozsahu i hloubky. Neexistují tedy dva stejní dysfatici.

Každého tedy ovlivňuje také celková motorika, která je rovněž vývojovou dysfázií postižena. Rozvoj motoriky je velmi důležitý nejen pro řeč, ale i pro rozvoj poznávacích činností a sociálního chování. Pokud bychom chápali proces mluvení jako mechanický akt, zjistili bychom, že se jedná o koordinovaný proces jemné motoriky řečového aparátu. Očividně je tedy důležitá vzájemná provázanost motoriky a řeči. Dialektická vazba je tak velká, že u dětí s narušeným vývojem motoriky zpravidla pozorujeme opožděný řečový vývoj, a u dětí s narušenou komunikační schopností jako je vývojová dysfázie, zase často zjišťujeme sníženou úroveň motorických dovedností. (Lechta 2002, str. 19) V tomto faktu se Lechta shoduje s Lejskou (2003) viz předchozí podkapitola, který mimo řečové symptomy rovněž uvádí poruchu jemné motoriky.

Dále se může vývojová dysfázie projevovat v poruchách pozornosti a soustředění, paměti různého typu a rozsahu. zejména akustické verbální paměti, psychomotorickém neklidu, emocionální labilitě, dyspraxii a dalších projevech, které jsou typické pro LMD. Projevuje se dysrytmie. Tyto děti mají mimořádně slabý smysl pro rytmus v hudbě, zpěvu, tanci a pohybu. (Kutálková 2002, str. 47) Je podstatný rozdíl mezi dětmi s vývojovou dysfázií a dětmi bez této diagnózy. U dysfatických dětí se v souvislosti s výkony v rytmické činnosti hovoří o celkové neschopnosti rozlišovat postupné struktury, což nepříznivě ovlivňuje také vnímání řeči a její porozumění. Riegrová (1983 in Mikulajová Rafajdusová 1993) hovoří o skutečnosti, že děti s vývojovou dysfázií nedokážou vykonávat rytmické činnosti a mají vysloveně negativní vztah ke zpěvu, recitaci a nechtějí se těchto činností účastnit. (str. 43)

Rovněž kresba vykazuje typické znaky nezralosti či LMD v oblasti obsahové, formální nebo obou. Pokud se však jedná o děti s těžkou poruchou, může být kresba jedinou možností a vodítkem pro učení diagnózy.

Třesohlavá (1983 str. 60) uvádí základní odlišnosti kresby, které se mohou objevit:

- „nápadná dysproporce jednotlivých částí těla,
- připojení jednotlivých částí na špatném místě,
- opomenutí podstatných detailů,
- primitivní zpracování jednotlivých částí těla,
- bizarní tvary jednotlivých částí lidské postavy, časté použití geometrických tvarů,
- rigidita, stereotypie, ulpívání pozornosti,
- obliba techniky vyčmárávání detailu, užívaná neadekvátně,
- špatná koordinace,
- nápadná poloha postavy v prostoru, obtíže se začleněním plochy.“

Můžeme se setkat s poruchou ve vnímání barev a jejich rozlišování, obtížemi s orientací v čase a prostoru. Dále pak při výraznějším narušení percepční a centrální části reflexního okruhu se může objevit i narušení intelektu. A vzhledem k etiologii dysfázie je nutno počítat během vývoje i s dyslexií a dalšími „dysporuchami“. (Kutálková 2002, str. 47) Jak je již uváděno v podkapitole Příznaky v řečové oblasti,

paní Kutálková se ve své publikaci věnuje převážně řečovým symptomům, které má rozdělené na oblast řeči, mluvy a artikulace. Okrajově se pak zmiňuje o dalších příznacích v neřečové oblasti, které uvádím v této kapitole. Obdobným způsobem postupuje Lejska (2003), který se rovněž převážně věnuje řečové oblasti. Symptomy však nemá detailněji rozčleněné.

Poruchy paměti nemusí být pouze v oblasti verbálního vyjadřování, ale i při řešení neverbálních úloh, jako je opakování ukázaných pohybů. Pokud jsou pohyby jednoduché a je jich málo, většinu dětí problém nemají. Zařadí-li se však pohybů více, nebo pohyb složitější poruchy paměti se projeví. (Mikulajová, Rafajdusová 1993)

Jak již vyplývá z předchozího textu, tak autorky Kutálková, Riegrová, Mikulajová a Rafajdusová věnují dostatečnou pozornost oblasti rytmu, hudby a zpěvu. Respektive obtížím v této oblasti, které se vyskytují u dětí s vývojovou dysfázií. Objevuje se dysrytmie, děti pak projevují nezáměr o činnosti, kde dochází ke spojení hudby, pohybu a tance. Mají totiž kromě rytmických obtíží problémy s napodobováním složitějších pohybů. Což je rovněž důkazem tvrzení o důležitosti motoriky, jakožto složitého koordinovaného procesu, který uvádí Lecha (2002).

Mezi další příznaky patří již zmiňovaný nerovnoměrný vývoj. Výrazná diskrepance mezi jednotlivými složkami může dosahovat i rozdílu několika let. Úroveň verbálního projevu je nižší, než by měla být vzhledem k intelektovým schopnostem dítěte a kalendářnímu věku. Verbální projev je opožděný, a pokud dochází k malé stimulaci vývoje řeči, může dojít také ke zhoršování rozumových schopností. Rovněž dochází k narušení orientace v čase i prostoru. Dítě se špatně orientuje v prostoru, ve vlastním tělesném schématu (pravo-levá orientace), chybně vnímá i časové vztahy a vztahy mezi rodinnými příslušníky. Důležitá je také otázka laterality. Můžeme se často setkávat s nevyhraněnou dominancí, zkříženou lateralitou, nebo souhlasnou levostrannou preferencí ruky a oka. (Škodová, Jedlička 2007, str. 112)

## Narušení sluchové percepce

Narušení sluchové percepce vysvětluje fonologické, syntaktické, lexikální a sémantické deficity dětí s vývojovou dysfázií. Otázkou však zůstává, jak souvisí tento akustický percepční deficit s fonologickým kódováním, což je považováno mnohými autory za klíčovou poruchu osob s vývojovou dysfázií. Je důležité si uvědomit, že vývojová dysfázie je také definována jako porucha v osvojování si symbolů jazyka pro narušení akustické percepce řeči. Dítě tedy nemůže samo řeč dále produkovat, pokud řeči, kterou slyší, nerozumí, nebo je pro něj řeč pouhým zvukem. Lejska (2005) Postižený sice nedostatečně a ne zcela přesně rozumí, avšak řeč normálně slyší. Následek nedokonalého rozumění řeči se pak projevuje v tvorbě vlastní řeči.

Mc Reynoldsová (1966) in Mikulajová, Rafajdusová (1993) Děti s vývojovou dysfázií potřebují více času, lépe řečeno více pokusů, aby správně odpověděly. Pokud tomu tak nebude, budou chybovat, což ukazuje na problémy v oblasti sluchové percepce. Tyto děti se nedokážou soustředit na více, jak jeden sluchově-percepční úkon následkem čehož může být další možný problém, kterým je zhoršená sluchová paměť. (Mikulajová, Rafajdusová 1993)

Škodová, Jedlička ve své publikaci dělí symptomatologii na příznaky v řeči a příznaky v dalších oblastech. Řečovou oblast potom dále dělí na hlubokou a povrchovou strukturu. U dalších příznaků jde pouze o výčet možných problémů a jejich dalšího přiblížení a vysvětlení. Autoři se však nezmiňují, zda dochází k nějakému odstupňování vzhledem k věku.

Kutálková má rovněž symptomatologii rozdělenou na část řečovou a další příznaky. Informace jsou stručnější, ale pro pochopení problematiky uvádí také názorné příklady.

Kdežto Lejska (2002) uvádí pouze výčet možných symptomů u jedinců s vývojovou dysfázií. Informace nijak nečlení ani dále nespecifikuje.

## 2 Komplexní rehabilitace dětí s vývojovou dysfázií

### 2.1 Vysvětlení základních pojmů

Na začátku této kapitoly bych uvedla definice základních pojmů, které v tomto případě jsou rehabilitace, terapie a komplexní rehabilitace.

Terapie – *léčení tělesných, duševních poruch a poruch chování* (Hartl, Hartlová 2000 str. 611)

Therapia – *léčba; v širším pojetí; zaměření na odstranění poruchy či odchylky, zmírnění následků postižení, onemocnění, reedukace, rehabilitace, kompenzace, náprava, speciální péče apod.*“ (Logopedický slovník 1998, Dvořák, str. 164)

Terapeutické přístupy mohou být odborně vymezeny, jako způsoby při kterých dochází k odbornému a cílenému jednání člověka s člověkem. Cílem je odstranění, nebo zmírnění nežádoucích potíží, popřípadě odstranění jejich příčin. Tyto přístupy mohou být aplikovány buď v rámci terapií, nebo v rámci jiných odborných činností, které jsou cíleně zaměřeny na člověka. (Valenta, Müller 2007)

Rehabilitace – „rehabilitatio – souhrn činností, které směřují k opětovnému nabytí schopností ztracených nemocí, nebo úrazem (rehabilitace léčebná), začlenění člověka do každodenního života (rehabilitace ucelená)“. (Logopedický slovník 1998, Dvořák, str. 139)

Ucelená (komprehenzivní) rehabilitace – zahrnuje mimo jiné též rehabilitaci sociální, pracovní, speciálně pedagogickou (Logopedický slovník 1998, Dvořák str. 140)

Z předchozích definic si můžeme vyjádřit vztah mezi těmito pojmy. Ucelená rehabilitace je nadřazený pojem, který obsahuje všechny typy rehabilitací, tedy i u nás používaný samostatný pojem rehabilitace, který vyjadřuje léčebnou složku. Vztah terapie k těmto dvou pojmům můžeme popsat jako jakýsi prostředek nástroj k dosažení cíle rehabilitace, tedy zapojení člověka do běžného života.

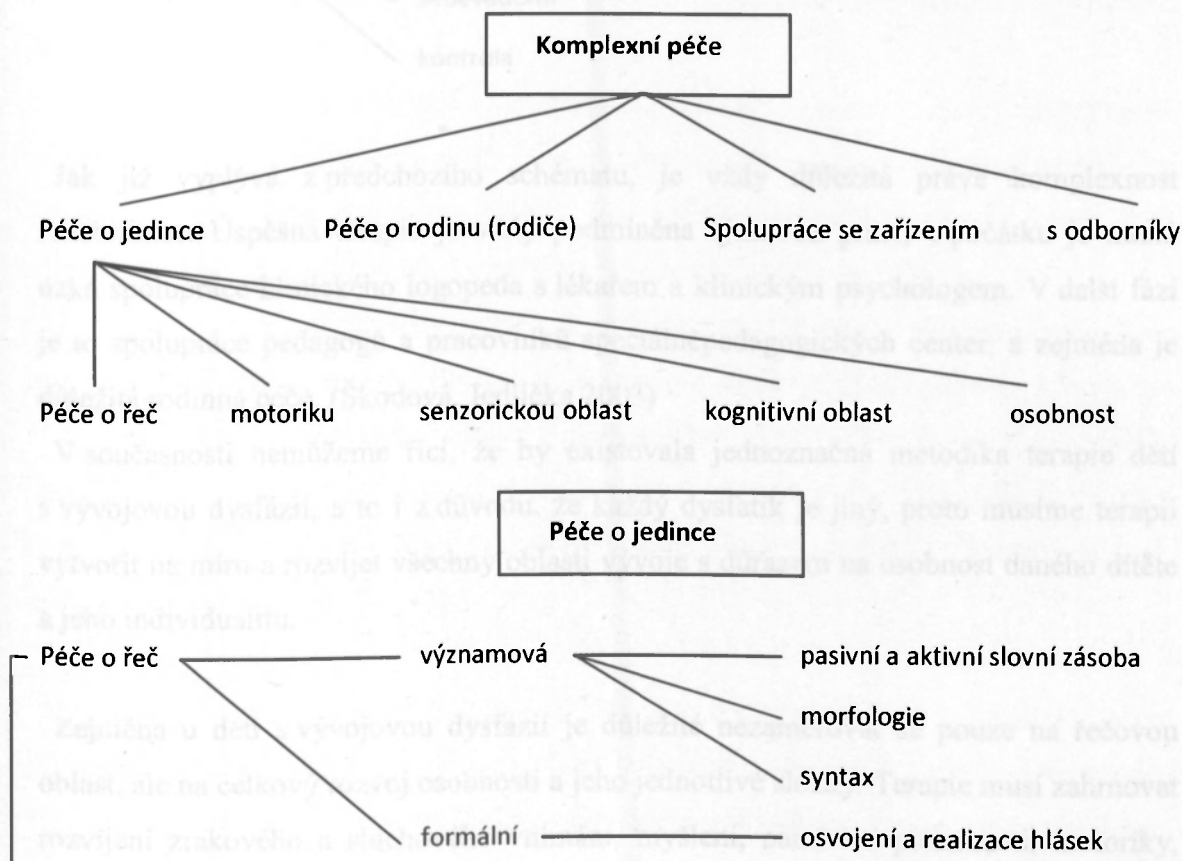


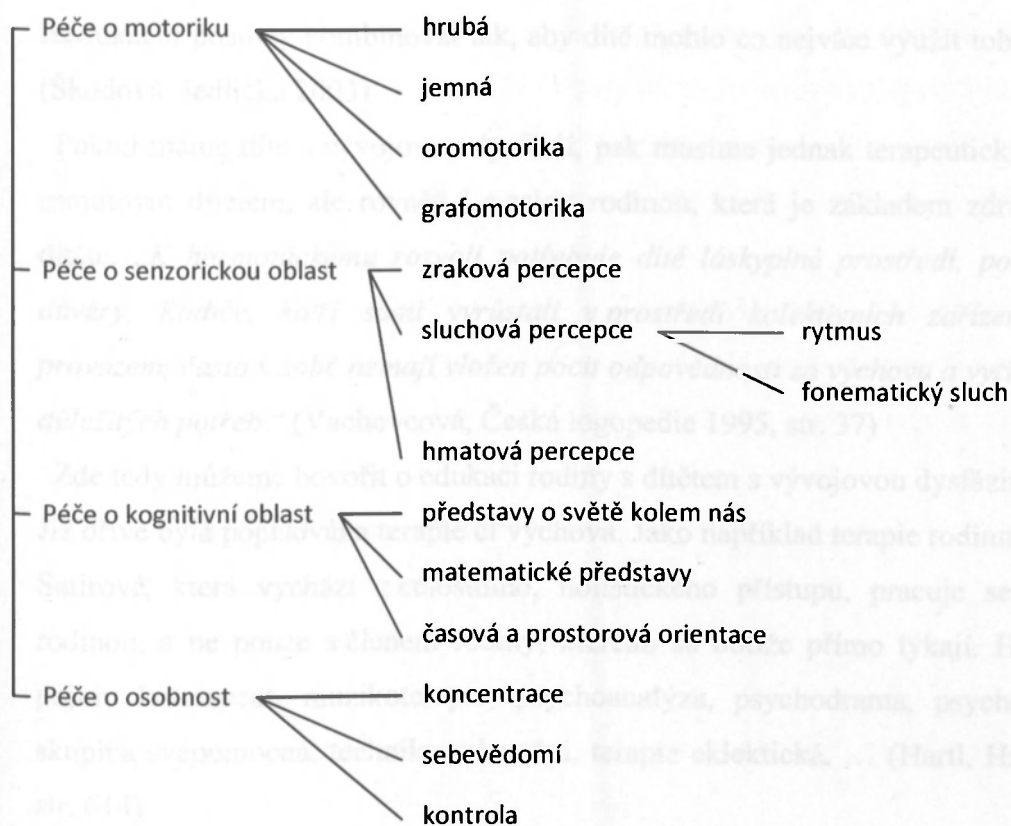
Terapii můžeme rozdělit na individuální a skupinovou. Terapií individuální se rozumí interakce mezi psychoterapeutem a jediným pacientem. (Hartl, Hartlová 2000 str. 612) Pokud však vztáhneme tento pojem k projednávané problematice, bude se jednat o interakci mezi logopedem a jedním pacientem.

Terapie skupinová – probíhá v rámci skupiny pacientů či klientů, zpravidla 8-12. Je indikována pro většinu s výjimkou osob vypjatě introvertních a přecitlivělých, snadno komunikačně zranitelných. Klienti sdílejí své osobní problémy a užívají osvojené řečové dovednosti. (Hartl, Hartlová 2000, str. 614)

Schéma č. 1

Schéma základního rozdělení komplexní péče. Každou složku lze dále dělit. (Housarová, Česká logopedie 1998, str. 100)





Jak již vyplývá z předchozího schématu, je vždy důležitá právě komplexnost rehabilitace. Úspěšná terapie je vždy podmíněna týmovou prací, v počátku je nutná úzká spolupráce klinického logopeda s lékařem a klinickým psychologem. V další fázi je to spolupráce pedagogů a pracovníků speciálněpedagogických center, a zejména je důležitá rodinná péče. (Škodová, Jedlička 2003)

V současnosti nemůžeme říci, že by existovala jednoznačná metodika terapie dětí s vývojovou dysfázií, a to i z důvodu, že každý dysfatik je jiný, proto musíme terapii vytvořit na míru a rozvíjet všechny oblasti vývoje s důrazem na osobnost daného dítěte a jeho individualitu.

Zejména u dětí s vývojovou dysfázií je důležité nezaměřovat se pouze na řečovou oblast, ale na celkový rozvoj osobnosti a jeho jednotlivé složky. Terapie musí zahrnovat rozvíjení zrakového a sluchového vnímání, myšlení, paměti a pozornosti, motoriky, schopností orientace, grafomotoriky a řeči. Rozvíjení těchto schopností a dovedností nelze cvičit izolovaně, v zájmu dítěte je třeba všechny rehabilitační, edukační i



reedukační postupy kombinovat tak, aby dítě mohlo co nejvíce využít toho, co již umí. (Škodová, Jedlička 2003)

Pokud máme dítě s vývojovou dysfázií, pak musíme jednak terapeuticky pracovat se samotným dítětem, ale rovněž i s celou rodinou, která je základem zdravého vývoje dítěte. „*K harmonickému rozvoji potřebuje dítě láskyplné prostředí, pocit bezpečí a důvěry. Rodiče, kteří sami vyrůstali v prostředí kolektivních zařízení s dlouhým provozem, často v sobě nemají vložen pocit odpovědnosti za výchovu a vytváření životně důležitých potřeb.*“ (Vachovcová, Česká logopedie 1995, str. 37)

Zde tedy můžeme hovořit o edukaci rodiny s dítětem s vývojovou dysfázií.

Již dříve byla popisována terapie či výchova. Jako například terapie rodinná – termín V. Satirové, která vychází z celostního, holistického přístupu, pracuje se zde s celou rodinou, a ne pouze s členem rodiny, kterého se obtíže přímo týkají. Hovoří také o pojmu koterapeut, muzikoterapie, psychoanalýza, psychodrama, psychogymnastika, skupina svépomocná, techniky relaxační, terapie eklektická, ... (Hartl, Hartlová 2000, str. 614)

Výchova správné řeči není nijakou zvláštní, samostatnou formou výchovy, nýbrž spolu s ostatními formami výchovy tvoří celek. Stává se tak nedílnou součástí komplexní výchovy dítěte. Proto si musíme všimat, jak probíhá rozvoj těch smyslů, které dítěti umožňují vývoj řeči, jako sluch a motorika. (Pavlová-Zahálková 1980, str. 55)

U dysfatického dítěte se tedy musí rehabilitace zabývat všemi oblastmi, které jsou problematické. Samostatnou kapitolou je terapie řečových dovedností, kterým se budeme věnovat později. Jak vypovídá z předchozího textu, tak terapie se musí zaměřit na oblast zrakového vnímání, sluchového vnímání, motoriky a pohybu vůbec, vnímání rytmu, dále na paměť, oblast mezilidských vztahů, kresby, orientace v prostoru a čase, lateralitu a další.

Vraťme se k pojmu ucelená rehabilitace. „Jedná se o současné pojetí rehabilitace, která již není chápána natolik striktně, tedy jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou a pracovní. J. Jesenský (1995, str. 26 in Jankovský 2006, str. 19) užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatého termínu

komprehenzivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života mající očekávanou kvalitu.“

Z logopedického hlediska se jedná o komplexní péči o pacienty s poruchou komunikačních funkcí, která vyžaduje spolupráci celé řady odborností a velkého počtu odborníků. Obecně lze konstatovat, že péče o nemocné s poruchami komunikace musí obsáhnout tři oblasti:

- Péči zdravotní (medicínskou)
- Péči pedagogickou (školní)
- Péči sociální.

Tabulka č. 1 – Oblasti péče o děti s vývojovými poruchami komunikace  
zdroj: Lejska (2003, str. 149)

Komplexní péče o děti s vývojovými poruchami komunikace		
medicínská péče	pedagogická péče	sociální péče
léčba - operace defektů, léky	edukační techniky - zahájení edukace, vedení a zácvik rodičů	pomoc při zařazení do vzdělávacího procesu a povolání
kompensace – sluchadla	Logopedie, speciální výchova	
sledování vývoje poruchy		
péče o postižený orgán, péče o celkový zdravotní stav	specializované školství	finanční úlevy

Nyní se však vraťme k problematice vývojové dysfázie jako takové. V předchozí kapitole jsou uvedeny oblasti, které jsou narušeny. Jedná se tedy o slovní zásobu, gramatiku, morfologii, zvukovou stránku – terapii řečových symptomů je však věnována samostatná kapitola. Nyní je důležité zaměřit se na ostatní oblasti, jako je hrubá motorika, jemná motorika, grafomotorika, oromotorika, sluchová percepce, zraková percepce, paměť, orientace, emoce, slabý smysl pro rytmus v hudbě, zpěvu, tanci, porucha kresby, lateralizace, pozornost a sluchová percepce.

## 2.2 Léčebná rehabilitace

Do tohoto druhu rehabilitace spadá například fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, hipoterapie, canisterapie, arteterapie, muzikoterapie a psychoterapie.

### 2.2.1 Psychoterapie

Pokud se zaměříme na emoce a psychickou stránku dítěte s vývojovou dysfázií je důležité poukázat na osobnost psychologa. Proto můžeme zmínit psychoterapii. „*Psychoterapie je ovlivňováním nebo pokus o ovlivnění průběhu lidských chorob cestou duševní, tj. komunikací nikoli tělesnou, mechanickou, fyzikální nebo chemickou, nýbrž signalizační, zvláště slovní.*“ (Kábele 1997, str. 31) V praxi je to léčba nemocí s použitím psychologických metod – spolu s čistě biologickými léčebnými postupy namísto nich. Psychoterapie má v dnešní době kolem stovky podob. Mezi nejdůležitější patří:

- Biologická terapie – doslova „tělesná terapie“
- Psychodynamická terapie je založena na psychoanalýze,
- Behaviorální terapie je založena na teoriích učení,
- Kognitivní terapie je založena na změně myšlení,
- Humanistická terapie je založena na podpoře člověka k dosažení vlastních cílů,
- Skupinová terapie – sdružení lidí v podobné situaci, aby si pomáhali navzájem,
- Komplementární terapie, které používají širokou paletu přístupů.“ (Benson, Loon 2005)

Řeč je nedílnou součástí života každého z nás a zároveň nejdůležitějším prostředkem komunikace. Je tedy zřejmé, že diagnóza vývojové dysfázie a všechny obtíže velice působí na psychiku dítěte. Proto je možné pomocí psychoterapeutické péče pracovat na zlepšení celkové situace.

Kromě psychoterapie můžeme při zlepšování psychického stavu dítěte využít také terapii hrou.

Podstatou terapie hrou je využití prostředků hry za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení a další osobnostní předpoklady přijatelným směrem. Jednou z forem herní práce uplatňované ve speciální pedagogické a především zdravotnické praxi je

práce herního specialisty. Tato profese zaplnila pomyslnou mezeru v prosazované komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou a začala pečovat nejen o dobrý psychický stav dětí, ale i o jejich rodiče. (Valenta, Müller 2007, str. 126)

V první kapitole je rovněž zmiňována problematika v oblasti motoriky. A to jak motoriky jemné, hrubé, tak i oromotoriky. Nedílnou součástí rehabilitační péče o dítě s vývojovou dysfázií je fyzioterapie, která musí být prováděna odborníky, tedy specialisty v oboru fyzioterapie.

Základní formou je cvičení, kdy jde zejména o ovlivnění posturálního chování, tedy o terapii posturálních schopností. Mezi metody používané ve fyzioterapii patří Vojtova metoda, masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba teplem, balneoterapie, metoda manželů Bobathových, Kabatova metoda a další. (Jankovský 2006)

### **2.2.2 Ergoterapie**

Je chápána jako léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace. Ergoterapie tedy léčba prací. Každému je vypracován individuální pracovní program, který musí respektovat zdravotní stav, typ a stupeň postižení. Ergoterapie tedy rozvíjí různé pracovní schopnosti, tak aby bylo možné člověka zapojit do plnohodnotného života. (Jankovský 2006)

Z pohledu vývojové dysfázie může být pomocí ergoterapie rozvíjena jak jemná, tak hrubá motorika, paměť, orientace, sluchová, zraková a hmatová percepce. Vždy však záleží na vypracovaném pracovním plánu, aby podporoval rozvoj alespoň některé z těchto oblastí.

### **2.2.3 Terapie s účastí zvířete**

U této terapie je terapeutickým prostředkem kromě člověka jiný živý tvor. Co se týká samotného terapeutického prostředku, může jít o jakákoli společenská zvířata, avšak nejčastějšími zprostředkovateli v dosahování terapeutických cílů jsou psi a koně. V prvním případě hovoříme o canisterapii a ve druhém o hipoterapii. V obou případech

pak mohou zvířata napomáhat psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, jistému stupni samostatnosti a nezávislosti či uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty. (Valenta, Müller 2007) Můžeme říci, že terapie s účastí zvířete v ucelené rehabilitaci dětí s vývojovou dysfázií zastupuje jednak rozvoj hrubé i jemné motoriky, při zacházení se zvířetem. Zvířata rovněž velmi kladně působí na psychiku dítěte, celkové zklidnění a emoce. Opětně i v tomto případě je to zcela individuální, zejména z toho důvodu, že ne každé dítě zvířata snese.

#### **2.2.4 Expresivní terapie**

Do této kategorie spadají terapie uměním. A to například muzikoterapie, dramaterapie, arteterapie, muzikomalba, biblioterapie a další. I tyto druhy terapie mají nezastupitelnou roli při práci s dítětem s vývojovou dysfázií. Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, tak děti s vývojovou dysfázií mají problémy v oblasti rytmu, pohybu, tance, napodobování složitějších pohybů a sluchové percepce. Právě pomocí muzikoterapie můžeme rozvíjet všechny tyto oblasti, kladně působit na vztah dítěte k hudbě, zpěvu a pohybu.

Pomocí arteterapie rozvíjíme u dětí s vývojovou dysfázií grafomotoriku, jemnou motoriku, zrakovou percepci a hmatovou percepci. Nyní tedy několik slov o těchto typech terapií.

#### **2.2.5 Muzikoterapie**

*„Muzikoterapie je v podstatě medicína, klinická psychologie, pedagogika a speciální pedagogika. Tendencí posledních let je chápat muzikoterapii jako možnou formu psychoterapie muzikopsychoterapii.“* (Pipeková, Vítková 2001, str. 34)

Hudba, pohyb a dramatické postupy k sobě neoddělitelně patří. Hudba měla vždy smysl v tom, že má na jedince uzdravující a pozitivní vliv. Hudba a rytmus se zde spojují s pohybem, slovem a fantazií. (Šimanovský 2007, str. 15)

Muzikoterapie je tedy důležitá z důvodu, že sluch je, jak už bylo řečeno, předpokladem pro rozvoj řeči, která umožňuje, předávání vědomostí nezávisle do objektu. Byl to rozhodující činitel pro náš psychický vývoj. (Pipeková, Vítková 2001, str. 28)

### 2.2.6 Arteterapie

Je léčba pomocí výtvarných prostředků, jako například kresba, malba, ale také výtvarná práce s jinými materiály, zejména pak s keramickou hlinou. Dále je možné využít dřevo, kámen, kov, případně plasty, a celou řadu dalších. Vedle procvičování jemné motoriky, eventuálně grafomotoriky, vizuomotorické koordinace a vizuální percepce nelze samozřejmě opomenout významný psychologický efekt této metody (emoční ladění, estetické vnímání, sebereflexe, projekce, diagnostika a další). (Jankovský 2006, str. 25)

### 2.2.7 Psychomotorika

Je charakteristická tím, že při ní dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka za pomoci jeho tělesné aktivity. (Valenta, Müller 2007, str. 129) Tímto termínem se obecně rozumí výchova pohybem. Je přikládán veliký význam psychomotorickému jednání dítěte v souvislosti s jeho vývojem. Cílem tedy je, aby se dítě dokázalo vypořádat samo se sebou, se svým okolním prostředím a dokázalo zároveň adekvátně jednat. Cílem je, aby se dítě dokázalo uplatnit ve společnosti. (Pipeková, Vítková 2001, str. 67)

### 2.2.8 Dramaterapie

Pomocí dramaterapie můžeme u dětí s vývojovou dysfázií rozvíjet další již zmiňované oblasti, kterými jsou oromotorika, zvyšování slovní zásoby, sluchová percepce, paměť, orientace a v neposlední řadě také emoce. Pomocí dramaterapie se také dítě může naučit vyjadřovat určité pocity, které není schopno vyjádřit verbálně.

Dramaterapií se tedy rozumí terapeuticko-formativně zaměřená disciplína, kde převažují skupinové aktivity, využívající ve skupinové dynamice dramatických prostředků k dosažení úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch, sociálních problémů a také směřuje k osobnostnímu růstu a integraci ve společnosti. (Valenta, Müller 2007, str. 138)



### 2.3 Sociální rehabilitace

„U každého člověka, jakožto společenské bytosti, dochází v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace.“ (Jankovský 2006, str. 27) Je nutné si uvědomit, že společenské vazby jsou důležité pro osoby každého věku. (Votava 1997, str. 8) Na základě toho by sociální rehabilitace měla vést k integraci, v maximální možné míře, přičemž záleží na společenském postavení a na schopnosti vyrovnat se s handicapem. Využívá se metoda reedukace, kompenzace a akceptace. Děje se tak v různých institucích, konkrétně ve zdravotnických zařízeních, v zařízeních a ústavech sociální péče, ve školách a školských zařízeních, při práci, při volnočasových aktivitách, v rodině a v neposlední řadě v nestátních neziskových organizacích.“ (Jankovský 2006, str. 28)

### 2.4 Pedagogická rehabilitace

Poslední oblastí v rámci komplexní rehabilitace o děti s vývojovou dysfázií je pedagogická rehabilitace. Tou se rozumí záměrné působení pedagogicko-psychologickými prostředky s cílem rehabilitace osobnosti, čímž vzniká vhodný terén pro nástup speciální výchovy a vzdělání. Tato oblast je doménou speciální pedagogiky. Jde především o ranou péči, školní edukaci, jejím cílem je dosažení maximálního možného vzdělání. (Jankovský 2006, str. 30-33)

Škodová, Jedlička (2007) uvádí rovněž oblasti, kterým je třeba se v rámci terapie věnovat. Na základě informací uvedených v této kapitole jsem sestavila tabulku, kde se snažím uceleně objasnit možnosti rozvíjení jednotlivých oblastí.

Tabulka č. 2 – Rozvoj jednotlivých oblastí

zdroj: vlastní návrh

Vnímání		myšlení	paměť a pozornost	motorika	schopnost orientace	grafomotorika
Zrakové	Sluchové					
ergoterapie arteterapie	ergoterapie muzikoterapie dramaterapie	ergoterapie dramaterapie	ergoterapie dramaterapie	fyzioterapie ergoterapie terapie za účasti zvířete arteterapie	ergoterapie	fyzioterapie arteterapie

### **3 Terapie řečových dovedností**

Na rozdíl od předchozí kapitoly se zde budeme věnovat pouze terapii řečových dovedností. Nebudu se již vracet k vysvětlování pojmů terapie či rehabilitace, které jsem uváděla v předchozí kapitole. Nejpopovolanější osobou, která provádí terapii řečových dovedností je logoped a nejběžnějším místem je logopedická ambulance. Jak jsem již psala v předchozí kapitole, že důležitá je komplexnost, bude to platit i v případě terapie řečových dovedností, na čemž se rovněž shodují autoři níže uvedení. Proto se do této péče zapojuje i celá řada dalších osob. V domácím prostředí to jsou rodiče, kteří o dítě pečují a v zařízení obvykle speciální pedagog či učitelka. Před začátkem terapie by mělo být jasné, kdo do ní bude zapojen a jakým způsobem bude probíhat.

#### **3.1 Cíle terapie řečových dovedností**

Pokud tedy máme dítě s vývojovou dysfázií je třeba začít s včasnou terapií. Na začátku je mimo jiné důležité stanovení si základních cílů, které uvádí například Lechta (2002)

- a) Změnit či eliminovat příčinu narušeného vývoje řeči – tento cíl bohužel není reálný pro většinu dětí s narušeným vývojem řeči.
- b) Modifikovat poruchu – zde je již reálnější pravděpodobnost zvládnutí tohoto cíle u dětí s vývojovou dysfázií.
- c) Naučit děti používat kompenzační strategie – tento cíl je vhodný u dětí, které mají vážný typ poruchy.
- d) Zaměřit terapii ne na dítě, ale na jeho rodinu a nejbližší okolí – tento cíl by měl být spojován vždy s jedním z předchozích typů.

Osobně se přikláním k tomu, že je důležité nejprve stanovit si cíle, abychom měli větší motivaci a jasnější cestu při jejich dosahování. Pokud se však jedná o odstraňování narušené komunikační schopnosti, musíme brát v potaz, že odstranění primární příčiny je obtížné, avšak možnost ovlivnit komunikační schopnost příznivým směrem je obvykle lepší. (Lechta, 2008 – str. 61)

Pokud budeme hovořit již o cílech konkrétních terapeutických setkání, můžeme vycházet ze třech základních modelů terapie vzhledem k výběru cílů. a to vertikální,



horizontální a cyklický. U vertikálního modelu je zvolen jeden deficit, na kterém se pracuje. Cílem je tedy dosažení normality u konkrétního deficitu. Jako výhoda se ukazuje, že se dítě musí soustředit pouze na jednu věc, ale dokáže ho také dříve omrzet. V horizontálním modelu se naopak pracuje při jednom sezení na více deficitech současně. Cyklickým modelem se rozumí stanovení si několika cílů terapie, na kterých pracujeme tentýž časový úsek. Například stanovíme čtyři deficity v rámci jednoho měsíce a na každém z nich pracujeme jeden týden. A na závěr následuje shrnutí a zhodnocení, zda se podařilo dosáhnout stanovených cílů. (Lechta, 2005)

Myslím si, že každý z těchto modelů je vyhovující pro určitý typ dětí s vývojovou dysfázií. Jak již bylo zmiňováno v předchozích kapitolách, každý člověk je zcela jedinečnou osobností, která má svá specifika a individuální charakteristické znaky. Stejně je tomu i u dětí s vývojovou dysfázií, kdy pro každé z nich bude účinný jiný typ stanovení cílů terapie řečových dovedností. Kromě cílů samotných jsou také důležité principy, ze kterých terapeuti vycházejí.

### **3.2 Principy terapie řečových dovedností**

Jednotliví autoři tedy uvádí, jaké jsou základní principy, při terapii řečových dovedností. Lechta (2008) uvádí jako důležité principy – princip komplexnosti, individuálního přístupu, polysenzorického přístupu, týmové péče, limitace normálního řečového vývoje, preferování obsahové stránky řeči, dále pak, že logopedická péče by měla prolínat celou výchovně-vzdělávací činnost, důležité je využívání mechanických pomůcek, přístupu hrou a v neposlední řadě také upřednostňování sociálního aspektu.

Kábele (Česká logopedie 1989, I. část) uvádí jako důležité zásady rytmizace, komplexnosti, kolektivnosti, přiměřenosti a individuálního přístupu. Cooperová, Griffithsová (in Janotová Česká logopedie 1989 I. část) uvádějí rovněž základní přístupy při logopedické péči a to sice, že přístup k dětem by měl být multisenzorický, na úrovni symboliky, které dítě už dosáhlo, zjednodušený a strukturovaný, a nakonec má využívat i obrácené postupy, jako je například naučit dítě číst, dříve než se naučí mluvit.

Jak vidíme, tak všichni zmiňovaní autoři považují za důležité, aby přístup byl komplexní, individuální, ale v rámci týmové spolupráce. Osobně se přikláním

k principům Viktora Lechty, které jsou obsáhlejší, detailnější a zasahují do celé oblasti vývoje osobnosti dítěte.

Stejně jako v ostatních oblastech, tak i v případě terapie řečových dovedností je důležitá individualita. Respektive individuální přizpůsobení terapeutických postupů. U dětí s vývojovou dysfázií se nejčastěji využívá individuální logopedická péče, či péče v malé skupině. Individuální logopedická péče je prováděna většinou ambulantně, kdežto skupinová je více situována do větších klinických pracovišť nebo specializovaných oddělení nemocnic, případně denních stacionářů zřizovaných v resortu zdravotnictví. (Škodová, Jedlička 2007)

### **3.3 Individuální a skupinová terapie řečových dovedností**

Základním dělením v oblasti terapie řečových dovedností je tedy na individuální a skupinovou formu terapie. Sovák (1978) považuje u skupinové terapie za důležité, že se uplatňuje společenská funkce sdělování. Jednotliví členové skupiny se mohou vzájemně podněcovat a podporovat k osvojování si správné formy komunikace. Tyto fakta individuální terapie postrádá, což se nejvíce může projevit ve chvíli, kdy se osoba s vývojovou dysfázií dostane do běžného sociálního prostředí. Proto je kladen důraz na praktické vedení pacienta. Avšak i přes tento nedostatek je považována individuální terapie za přínosnější a je více prosazována. A to i z důvodu, že nikdy nevytvoříme skupinu zcela homogenní. V závěru však uvádí, že není dobré zcela prosazovat ani jeden druh terapie. Každá má své výhody i nevýhody. Vždy záleží pro koho a za jakých okolností bude ta či ona terapie vyhovující.

Škodová, Jedlička (2007) se naopak více staví na stranu individuální terapie, protože dysfatické děti se navzájem značně liší ve svých schopnostech a mají horší koncentraci. Tudíž práce se samotným logopedem je prospěšnější. Kdežto ke skupinové terapii přistupují autoři zejména z pohledu míst, kde je poskytována, tedy v denních stacionářích, na lůžkových odděleních foniatrických, neurologických a psychiatrických pracovišť, a rovněž ve speciálních základních a mateřských školách.

Dalším autorem, který se věnuje této problematice, je Lechta (2005). Rovněž podle jeho slov je důležitý individuální přístup. V současné době, což je velikým posunem oproti publikaci předchozího autora, je zde nyní nabízena i možnost uplatňování nových modelů logopedické péče, tedy návštěvy logopeda přímo v rodině dítěte.

Mesíková (in Lechta 2005) nám poukazuje pohled na individuální a skupinovou terapii jak z pohledu dítěte, tak z pohledu logopeda.

Tabulka č. 3 – Mesíková (in Lechta 2005)

	Individuální terapie		Skupinová terapie	
	oči dítěte	oči logopeda	oči dítěte	oči logopeda
<b>Klad</b>	terapeut se věnuje pouze dítěti	individuální péče o dítě a rodinu	přirozený celodenní pobyt v kolektivu	vzájemná motivace dětí
	důvěrnější	bližší poznání rodiny a dítěte	pocit sounáležitosti	upevňování dovedností po celý den
	dítě může vybírat činnosti		hra a běžné činnosti	soutěživost a hry
<b>Zápor</b>	postupné uvědomování si handicapu	ignorování terapeutických postupů rodiči	vzácnější verbální kontakt s terapeutem	časově náročnější
		větší intervaly setkání	málo dominantní děti zůstávají pozadu	menší časový prostor pro práci s rodiči

Řekla bych, že všichni tito autoři přistupují k individuální a skupinové terapii alespoň podobně. Základní myšlenkou je nutnost individuální terapie, která by měla být nedílnou součástí péče o každé dítě s diagnózou vývojové dysfázie. Nejvíce se však příkláním k prezentaci této problematiky od pí. Mesíkové, která se snažila hledět na problém opravdu ze všech stran, a to ne jen z pohledu logopeda, či jiného odborníka, ale právě i z pohledu samotného dítěte.

### 3.4 Návuk mluvních dovedností

Pokud se budeme věnovat samotné práci s řečí dítěte, je důležité se zaměřit na dodržování zákonitého pořadí fylogenetického i ontogenetického vývoje hybnosti mluvních orgánů. Bez předchozího zvládnutí vývojově starších činností není možné dosáhnout dobrých výsledků při nácviku artikulace jednotlivých hlásek.

Důležité je tedy rozcvičení, nácvik hybných funkcí mluvních a pohybových orgánů (dýchání, foukání, pískání). Rovněž artikulační cvičení a nácvik základních pohybových dovedností artikulačních svalů, celková rytmická, pohybová a mluvní cvičení. Kábele (Česká logopedie, 1989 I. část)

Škodová, Jedlička (2007) dále uvádějí, jak postupují jednotlivá sezení dítěte s logopedem. Dochází při nich k procvičování rozumění řeči, procvičování motoriky, nacvičují nové prvky řeči, rozvíjí zrakovou a sluchovou percepci. Je také dobré využívat nejrůznější techniky a technické pomůcky, počítačové programy a další.

A v neposlední řadě je nutné zmínit základní metody řeči, které popisuje Lechta (2008, str. 65) :

- a) *„Self-talking – jednoduchými výrazy komentujeme aktuální dění a naše jednání*
- b) *Parallel-talking – verbalizujeme momentální jednání, pocity dítěte*
- c) *Metoda korekční zpětné vazby – zopakujeme výpověď dítěte, ale ve správné formě*
- d) *Metoda rozšířené imitace – imitace expanzí – zopakujeme výpověď dítěte, přičemž ji adekvátně rozšíříme*
- e) *Metoda alternativních otázek – otázky zaměřené na dítě koncipujeme tak, abychom si vynutili jinou odpověď než jen gestem*
- f) *Metoda doplňování vět – hravou formou podněcujeme dítě, aby dokončilo větu, kterou začneme.“*

### **3.5 Pomocné metody a pomůcky užívané při terapii řečových dovedností**

Mezi pomocné metody, které přispívají k rozvíjení řeči, patří pohybová výchova, rytmická výchova a hudební výchova. „*Jako se pohyb pojí s rytmem a k rytmu se připojuje melodie, tak i pohybová výchova je neodlučitelná od výchovy rytmické a hudební, s nimiž má vytvářet nedílný celek metodického působení. Vše souvisí navzájem: pohyb, rytmus, hudba – slovo, melodie a zpět. Toto všechno se má využívat v logopedické terapii.*“ (Sovák, 1978)

Novotný (in Lechta 2008) doporučuje při nacvičování žádoucích pohybů artikulačního aparátu celou řadu pomůcek, jako například vložení sladké karamely do úst při nacvičování pohybů jazyka, nebo kápnutí malého množství sladké či hořké tekutiny na

kořen jazyka. Předozadní a boční pohyb jazyka se cvičí při olizování sladké tekutiny nanesené kolem úst. Motorika úst může být rovněž stimulována vkládáním lízátků či rozličně velkých gumových houbiček mezi rty. Popřípadě knoflík na niti, který je umístěn mezi rty a řezáky a terapeut tahá za nit.

Sovák (1978) oblast logopedických pomůcek daleko více rozpracovává a zařazuje do jednotlivých skupin

Tabulka č. 4 – Sovák (1978)

<b>Pomůcky</b>	Stimulační	zvukové hračky, zvučící předměty, nástroje
	Motivační	hračky, obrázky, plastelína, barevné tužky
	Didaktické	soubor obrázků k nacvičování hlásky r
	Derivační	destičky vkládané pod jazyk
	Podpůrné	protézy, sondy, destičky
	Názorné	artikulační zrcadlo, televize
	Registrační	magnetofon sloužící k reprodukci

Při porovnání autorů je vidět určitý časový posun v přístupu k pomůckám, které se využívají v logopedické terapii. Ale na druhou stranu Sovákovo členění je podstatně podrobnější a detailnější. Rovněž u každého typu pomůcek objasňuje jejich používání a požadovaný účinek při terapii.



## **4 Praktická část**

### **4.1 Cíle empirické části**

Ve své praktické části se věnuji případové studii dítěte s vývojovou dysfázií. Cílem práce je zjištění a popsání forem terapie, kterými prošlo pozorované dítě s vývojovou dysfázií. A následné zhodnocení, které terapie byly vyhodnoceny jako účinné a které naopak přinesly minimální efekt.

### **4.2 Použité metody**

Tato část mé práce má formu kvalitativního výzkumu, při kterém jsem použila metodu analýzy odborných dokumentů. Další použitou metodou, která mi přinesla celou řadu cenných informací, byl řízený, částečně standardizovaný rozhovor s maminkou dítěte, třídní učitelkou a osobní asistentkou. Otázky jsem užila jak přímé, tak nepřímé a nejdůležitější informace získané rozhovorem jsem si zapisovala průběžně a ostatní následně po rozhovoru. Mezi použité metody patřilo také volní pozorování a vlastní práce s dítětem.

#### **Harmonogram šetření**

1. Fáze příprav - březen 2008 – září 2009
2. Fáze realizace – září 2009 – únor 2009
3. Fáze vyhodnocení – únor 2009 – duben 2009

#### **Fáze příprav**

Tuto dobu jsem věnovala studiu odborné literatury z oblasti vývojové dysfázie, logopedie, možnosti terapie dětí s poruchami v řečových oblastech a prostudování kazuistik.

#### **Realizační fáze**

Během této doby jsem docházela do základní školy logopedické za dítětem s vývojovou dysfázií. Pozorovala jsem práci během školní výuky, na hodinách

logopedie a někdy i sama pracovala s dítětem na rozvoji čtení. Studovala jsem informace ze spisu, který je umístěn ve škole. Rovněž jsem se několikrát sešla s maminkou pro získání dalších informací.

#### Fáze vyhodnocení

V této závěrečné fázi bylo důležité vyhodnocení využívání a úspěšnost jednotlivých forem terapie u mnou pozorovaného dítěte s vývojovou dysfázií.

### **4.3 Případová studie**

#### **4.3.1 Osobní anamnéza**

Sára je narozena 31.7.1999. V současné době je jí tedy 9 let. Sára se narodila z prvního těhotenství po léčbě neplodnosti matky. Tato léčba však nebyla dlouhodobá, po měsíčním užívání léků se podařilo otěhotnět. Těhotenství bylo fyziologické, v sedmém až osmém měsíci byl však matce naordinován klidový režim pro zkrácení děložního hrdla. Po psychické stránce byla matka během těhotenství v klidu a bez vážnějších stresových situací. Jediným silnějším zážitkem byla vlastní svatba, na které se paní Alena po deseti letech setkala se svým otcem, se kterým se po rozvodu s matkou nestýkala. Sama však nepovažuje tuto skutečnost za nějak ovlivňující těhotenství.

Porod byl spontánní po devítiměsíčním těhotenství. Sára dobře prospívala, byla sice drobnější, ale z porodnice byla pouštěna v termínu. Těhotenství nepředcházely žádné samovolný potrat ani interrupce. Dítě bylo rozeno klasicky hlavičkou. Sára se narodila s váhou 2700g a měla 48 cm. Porod proběhl bez závažnějších komplikací, nebylo třeba užití kleští, kříšení dítěte, rovněž nebylo potřeba umístění do inkubátoru, a ani neprodělala poporodní žloutenku.

Sára byla neurologicky sledována již od čtvrtého měsíce pro predilekci hlavičky doleva a opoždění psychomotorického vývoje, a to na základě doporučení pediatra. Dále od čtyř let docházela na foniatrii, preventivně na alergologii, imunologii a logopedii. Od čtyř měsíců byla započata rehabilitace.

Neprodělala dětské infekční nemoci. Očkování bylo sice posunutě, ale postupně proběhlo, a vždy bez reakce.

Sára byla velice živá již od narození. Byla matkou kojena po dobu osmi měsíců. Dítě

se začalo přetáčet od šestého měsíce, seděla od jedenáctého, ležla ve třinácti měsících a nakonec první chůze od osmnáctého měsíce. Již v této době se projevovala zhoršená jemná motorika. Mezi první slovíčka patřila klasicky máma, táta a objevila se ve dvou letech. Ve čtvrtém roce života dítěte používala 20 slov, která však nespojovala. Dalším dorozumívacím prostředkem, bylo ukazování. Dále je důležité, že Sára preferuje levou ruku, k čemuž došla až kolem 6. roku, předtím využívala obě ruce, i tak lze říci, že není příliš vyhraněným levákem, nikdy však nebyla přeučována a byla jí ponechána možnost vlastní volby a realizace laterality.

#### **4.3.2 Rodinná anamnéza**

Otec Sary Jan, narozen 17. 2. 1964. Vystudoval vysokou školu a v současné době pracuje jako stavbyvedoucí. Otec trpí lehkou formou astmatu a alergiemi, jinak je zdravý. Matka Alena narozena 11. 8. 1972, je rovněž absolventkou vysoké školy a pracuje jako advokátka. Také u matky se objevuje lehká forma astmatu, alergie a navíc ještě chronický únavový syndrom. Dále se u obou rodičů vyskytuje lehká forma dysortografie. Kromě Sary mají rodiče ještě jednu dceru a to Julii, která se narodila 9. 1. 2005. V rodině se neobjevila žádná nervová onemocnění, epilepsie, smyslové vady, nápadné chování, psychiatrické léčení ani sebevražedné pokusy. Pouze u babičky se vyskytovaly migrény a pradědeček začal mluvit zhruba až ve čtyřech letech.

Všichni žijí společně v rodinném domku, který je prostorný, světlý, slunný a suchý. Posledních pět let mají manželé vážné vztahové problémy. Žijí společně v jednom domě, ale manželství nefunguje. Každý z rodičů má svou vlastní ložnici a sestry Sára a Julie spí ve společném pokojíčku. Podle slov maminky mají sestry hezký vztah. Jako všichni sourozenci se občas hádají, pošťuchují se, ale jinak se mají moc rády. Pokud nastane třeba nějaký problém, semknou se jako jedna a dokážou se společně postavit proti mamince, která v tu chvíli zaručeně podle holek nemá pravdu.

Maminka má se Sárkou krásný vztah. Nejen podle slov maminky, ale podle mého pozorování musím říci, že tomu tak opravdu je. Maminka se Sáře maximálně věnuje, každý den jí vozí do školy, odpoledne opět vyzvedává. Když se blíží konec školy, tak se Sára už velice těší, že přijede maminka a pojedou domů. Vždy se mamince snaží sdělit, co důležitého se ve škole stalo, nebo co jí trápí. I doma má Sára ze strany maminky



maximální podporu a péči. Pilně s ní pracuje na zdokonalování jednotlivých dovedností. Kromě běžných domácích úkolů procvičují činnosti, které jsou pro Sárku obtížné.

Jak již bylo řečeno, tak pro vypracování této případové studie jsem získávala informace také pomocí rozhovoru, který jsem vedla s maminkou Sáry. Jednalo se o tři rozhovory, u kterých byla přítomna z rodičů pouze maminka. Od otce jsem tedy žádné informace nezískávala, veškeré informace mohou být tedy subjektivní a emočně podbarvené. Dle slov matky byla situace s otcem již od začátku poněkud horší. Je prý jednak extrémně sportovně založený a navíc pochází z rodiny, jejíž výchova byla až spartánského charakteru. Když tedy rodiče zjistili odchylku ve vývoji Sáry, otec nebyl schopen tento fakt zpracovat, a bylo to pro něj velice těžké. Nebyl schopen se s tím dlouhou dobu smířit. Tuto situaci dokládá i fakt, že jsem se sama s otcem vlastně nesetkala. Sárku vždy vyzvedávala matka a rovněž se i sama angažovala ve všech školních záležitostech. Musím přiznat, že když se zamyslím, tak jsem ani nikdy neslyšela Sárku o otci mluvit.

Během rozhovoru mi bylo také sděleno, že otec měl problém se smířit s tím, že jeho dcera nebude splňovat všechny jeho možná až přehnané představy. Doufal, že jeho dítě bude sportovcem, jako byl on sám a bude studovat na vysoké škole. Každý rodič doufá, že dítě bude lepší, než je rodič sám.

Vraťme se tedy ke vztahu obou rodičů. Značné problémy začaly po stanovení Sáryny diagnózy a pokračovaly rovněž v průběhu druhého těhotenství. Tyto informace jsem rovněž získala z rozhovoru s matkou, která mi sdělila, že otec měl strach, že se opět narodí dítě, které bude mít zdravotní problémy a uvažoval o tom, že by bylo lepší již druhé dítě nemít. Tento stav pokračoval zhruba do jednoho roku věku mladší dcery.

V současné době je jejich vztah částečně stabilizoval. Otec je starší, smířil se se skutečností a nezměnitelným faktem diagnózy své dcery. Jak jsem již zmiňovala, rodina sice žije pohromadě v rodinném domě, ale každý si žije svůj vlastní život. Pro děti je dobré, že jsou s oběma rodiči, nemusí chodit na návštěvy k tomu druhému. Nevím, jak z pohledu otce, se kterým jsem nemluvila, ale matka tuto situaci nepovažuje za úplně ideální. Má přítele, kterého mají obě dcery velice rády. Pokud je to možné, tak u něj i rády s maminkou přespávají. Od svého bývalého manžela by se ráda odprostila a žila zcela svůj život. Z finančního hlediska je to však obtížné. Otec rovněž vede svůj život, ale podle slov matky mu momentální situace vyhovuje a nechce ji nijak dále řešit.

### 4.3.3 Sociální anamnéza

Od tří let dochází Sára do mateřské školy a od čtyř let do logopedické školky Don Bosco. Adaptace probíhala v pořádku.

V současné době Sára navštěvuje Církevní základní logopedickou školu Don Bosco. Do této školy byla přijata po absolvování diagnostického pobytu, který trval od 1. 9. 2007 do 31. 12. 2007. Toto rozhodnutí nabylo účinnosti 1. 1. 2008. Důležité je, že o přijetí Sáry do základní školy rozhodovala celá řada odborníků, mezi které patří ředitelka školy, foniatr, psycholog, dva speciální pedagogové a speciální pedagog pro vzdělávání vyšších ročníků.

Vzhledem ke zdravotnímu stavu matka požádala o možnost opakování první třídy, této základní školy. Na základě této žádosti ze dne 1. 6. 2008 bylo opakování první třídy povoleno a to rozhodnutím třídní učitelky, školní psycholožky a ředitelky školy. Dnes tedy Sára opakuje první třídu základní školy logopedické Don Bosco.

Se vzděláním Sáry je to však složité. V současné době se došlo k závěru, že analyticko-syntetická metoda čtení se nedá použít. Sice poskládá například dohromady slabiku m - a, ale pokud má ještě další slabiku p - e, pak už slovo nepřčte, zapamatuje si pouze závěr pe. Tak to ve škole zkouší globální metodou. Ani jedna z těchto metod však není příliš dobrá. Ve škole si berou Sáru do vedlejší místnosti, kde s ní individuálně pracují. Chvíli jí tato činnost baví, což mohu říci i podle své zkušenosti, protože jsem se Sárou sama pracovala. Ráda pak spolužákům ukazuje, co se naučila. Na druhou stranu však těžko nese, že se nemůže účastnit společné práce ve skupině, protože chce dělat všechno, co ostatní.

Schéma č. 2 – Průběh vzdělávání



Na tomto schématu vidíme, jakým vzděláním Sára prochází. Zaměříme se tedy na vzdělávací zařízení, kterými byla běžná mateřská škola, pak mateřská škola logopedická Don Bosco, do které nastoupila ve čtyřech letech. Ve vzdělání pokračovala v rámci stejného zařízení, a to na základní škole logopedické Don Bosco, kde v současné době opakuje první třídu.

#### 4.4 Odborná vyšetření

V této části uvádím závěry z odborných vyšetření, kterými Sára prošla. Tato fakta jsou důležitá pro ilustraci, jak se stav zlepšuje a které oblasti naopak ve vývoji stagnují.

Tabulka č. 5 – věk 0 – 1 rok

Vyšetření	Pracoviště	Závěr vyšetření
Neurologické	ambulance dětské neurologie	Predilekce hlavičky, poněkud vyšší tonus svalstva adduktorů kyčlí, hypertonie šíjového svalstva, vzpřim je nestabilní
Logopedické	xxx	
Foniatrické	xxx	
Psychiatrické	xxx	

Jak jsem již zmiňovala v osobní anamnéze Sárky, byla neurologicky sledována zejména pro predilekci hlavičky. V roce 1999 tedy prodělala první neurologické vyšetření. Toto vyšetření se zaměřovalo tedy predilekci hlavičky a svalový tonus jednotlivých oblastí.

Tabulka č. 6 – věk 1 – 2 roky

Vyšetření	Pracoviště	Závěr vyšetření
Neurologické	ambulance dětské neurologie	Slyší na jméno, rozumí, přinese, podá, leze od 13,5m, nerekabituje, staví se, udělá s držením úkroky. Obtíže při jídle, bouchá do talíře.
Logopedické	xxx	
Foniatrické	xxx	
Psychiatrické	xxx	

Ze závěru neurologického vyšetření, které proběhlo o rok později, je vidět určitý posun ve vývoji Sárky. Zmiňuje se již o lezení a chůzi s dopomocí, během kterého se vyskytlo drobné opoždění.

Tabulka č.7 - věk 3 – 4 roky

Vyšetření	Pracoviště	Závěr vyšetření
Neurologické	Dětská neurologie Praha 5 - Ilona Tycarová	Dívka s nerovnoměrným, opožděným psychomotorickým vývojem - s maximem opoždění v oblasti aktivní řeči. Etiologie zatím nejasná, v anamnése lehké rizikové faktory. Ložiskový neurologický nález je negativní. EEG - lehká nespecifická abnormalita, opoždění elektrogenese, abnormalita vysokých pomalých vln, bez epi projevů
	FN Motol Praha	4-letá dívka přišla ke komplexnímu vyšetření pro opoždění PMV. Má negativní rodinnou i perinatální anamnézu, její PMV byl od počátku lehce opožděný s maximem opoždění v oblasti řeči. Ložiskový neurologický nález je vyjma lehké centrální hypotonie negativní. Sluch má normální. Spánkové EEG vyloučilo přítomnost specifických výbojů. CT mozku má negativní. Odeslali jsme i metabolický screening. Závěrem hospitalizace je, že jsme neprokázali organické postižení CNS jako příčinu opoždění PMV u dívky. Doporučujeme pokračovat v logopedické péči a sledování psychologem. Neurologicky zůstane v péči dr. Tycarové.
Psychologické	VFN - Denní sanatorium Horní Palata	V popředí je porucha koncentrace pozornosti a jemné motoriky na bázi organicity (v oblasti grafomotoriky i řeči). Úroveň psychomotorického vývoje aktuálně odpovídá pásmu lehkého podprůměru, vývoj je nerovnoměrný. Lateralita zatím neustálená
	PhDr.Mgr. Marie Brůžová	Dívka s poruchou koncentrace pozornosti, poruchou jemné motoriky na bázi organicity s aktuální úrovní rozumových schopností v pásnu podprůměru.
Logopedické	xxx	
Foniatrické	xxx	
Psychiatrické	xxx	

V tabulce č. 7 vidíme, že Sára mezi třetím a čtvrtým rokem věku prošla neurologickými a psychologickými vyšetřeními. Z pohledu neurologů se obě vyšetření shodují na opoždění psychomotorického vývoje, a to zejména v oblasti řeči. Závěr druhého vyšetření je rozsáhlejší, zmiňuje se navíc o oblasti sluchu. Obě vyšetření tedy zjistila nepřítomnost specifických výbojů a nebylo prokázáno organické poškození CNS, jakožto příčiny opoždění psychomotorického vývoje.

Z hlediska psychologického vidíme téměř totožné závěry vyšetření, které uvádí poruchu koncentrace pozornosti a jemné motoriky včetně zjištění lehkého podprůměru rozumových schopností. Zprávy z logopedického, foniatrického a psychiatrického vyšetření jsem neměla k dispozici.

Tabulka č. 8 - věk 5 – 6 let

Vyšetření	Pracoviště	Závěr vyšetření
Neurologické	Soukromá klinika LOGO s.r.o. - Brno	Opožděný vývoj řeči, lehký mentální deficit, bez podstatné lotiškové symptomatologie, diferenciální diagnostika vývojové dysfázie. CT mozku, screening na metabolická onemocnění, bez patologie. EEG nevyzrálý záznam. Z neurologického hlediska nootropika, sledování neurologické a psychologické v místě bydliště. Další postup dle foniatra.
Psychologické	Všeobecná fakultní nemocnice - Denní sanatorium Horní Palata	Přetrvávající porucha koncentrace pozornosti a jemné motoriky na bázi organicity (v oblasti grafomotoriky i řeči). Úroveň psychomotorického vývoje aktuálně odpovídá pásmu podprůměru, vývoj je nadále nerovnoměrný. Neverbální výkony jsou na lepší úrovni než verbální. Pozitivní vývojové změny jsou pozvolné.
	Fakultní Thomayerova nemocnice	Expresivní vývojová dysfázie u děvčete s celkově nerovnoměrným kognitivním vývojem, v chování mírné projevy ADHD (specifické obtíže dědobé volní koncentrace pozornosti); sociálně obratná, pěkně spolupracující. Navštěvuje speciální MŠ, dobře adaptována.
	Soukromá klinika LOGO s.r.o. - Brno	Přesné zhodnocení PMV dítěte v současné době je problematické, a to zejména pro téměř totální nepřítomnost expresivní složky řeči. Dítě je schopno aktivně říci pouze několik jednoslabičných slůvek. Při vyšetření se jeví, že velké části výzev rozumí, nejistota se objevuje pouze u složitějších slovních příkazů. Tenacita pozornosti je velmi slabá, dítě se kvalitně soustředí pouze chvilkově. Nedostatky se objevují i v grafomotorice - kresebný výkon je na slabší věkové úrovni, stejně i jeho formální provedení /nejistota, třes/. Nedostatky vykazuje také celkově jemná motorika, která je pod věkovou úrovní dítěte.
	FN Motol Praha	Nerovnoměrný vývoj schopností s výrazným specifickým opožděním v oblasti aktivní řeči, těžká forma expresivní vývojové dysfázie s rozvinutou náhradní komunikací (zvuky, přirozené znaky), dále v kognitivním profilu nezralost grafomotoriky a vizuomotorické koordinace, porucha aktivity a pozornosti (ADHD), neverbální intelektové výkony zcela v normě - odpovídají pásmu průměru.
Logopedické	Soukromá klinika LOGO s.r.o. - Brno	Anežka je šikovná, ochotná spolupracovat. Vývoj řeči značně narušený. Slovní zásoba neodpovídá věku dítěte. Aktivní slovní zásoba velmi chudá - užívá jednoduchá slova, která jsou nesrozumitelná. Rozumění řeči dobré. Snížená koncentrace pozornosti.
Foniatrické	VFN v Praze - Foniatrická klinika	Opožděný vývoj řeči při PMR, řečově odpovídá úrovni 2. roku. Dosavadní péče se zdá adekvátní.
	Soukromá klinika LOGO s.r.o. - Brno	Vývoj řeči opožděný. Více rozumí než dovede sdělit. V řeči porucha povrchové i hluboké složky segmentální. Diagnóza opožděný vývoj řeči a vývojová dysfázie v expresivní složce
Psychiatrické	xxx	

Mezi 5. a 6. rokem prodělala Sára pouze jedno neurologické vyšetření oproti předchozímu období. V závěru toho vyšetření se již objevuje diagnostikování vývojové dysfázie v rámci diferenciální diagnostiky. Na druhou stranu však absolvovala čtyři psychologická vyšetření. Opět je diagnostikována porucha v oblasti koncentrace pozornosti a jemné motoriky. Navíc ještě nezralost grafomotoriky a vizuomotorické koordinace. Psychomotorický vývoj je neustále v pásnu podprůměru, změny jsou pozvolné. Byla také stanovena přítomnost ADHD.

Klinika LOGO v Brně a FN Motol ukazují na výrazné opoždění v oblasti aktivní řeči, kterou zcela přesahuje pasivní slovní zásoba. Z tohoto období jsem měla také k dispozici logopedické vyšetření, jehož závěrem bylo, že aktivní slovní zásoba neodpovídá věku dítěte a používá pouze jednoduchá slova. A z foniatrických vyšetření je patrné stanovení opožděného vývoje řeči a vývojová dysfázie.

Tabulka č. 9 - věk 7 – 8 let

Vyšetření	Pracoviště	Závěr vyšetření
Neurologické	xxx	
Psychologické	FN Motol Praha	Nerovnoměrný vývoj schopností s výrazným specifickým opožděním v oblasti aktivní řeči - těžká forma expresivní vývojové dysfázie, dále v kognitivním profilu orální a grafomotorická dyspraxie s nejasně vyhraněnou lateralitou a nezralostí vizuomotorické koordinace, porucha aktivity a pozornosti (ADHD) s poruchami chování. Neverbální intelektové výkony v normě, s dílčími nerovnoměrnostmi odpovídají pásmu podprůměru až hraničnímu pásmu.
Logopedické	COMHEALTH, s.r.o.	V řeči spontánní projev srozumitelný, vynechávání některých hlásek, artikulace - porucha realizace I.artik. okrsku:f, II. Artik. Okrsku: sykavky, r,ř,t,d, ll.k,g,ch. Slovní zásoba pasivní přiměřená věku, motorika mluvidel neobratná, rozumí jednoduchým i složitým pokynům, dýchání nosem volné, tempo řeči přirozené, plynulost není narušena. Jedná se o těžkou formu expresivní vývojové dysfázie s dysartickými rysy, ADHD.
Foniatrické	xxx	
Psychiatrické	xxx	

Tabulka č. 9 se soustřeďuje na období mezi 7. a 8. rokem, kdy jsem k dispozici získala logopedické a psychologické vyšetření. Z psychologického pohledu nedochází oproti předchozím k podstatnějším změnám. Důležitá je oblast laterality, která není stále jasně vyhraněna. Na základě logopedického vyšetření se oproti ostatním zaměřují také na oblast artikulace, neobratnost mluvidel, ale zároveň na srozumitelnost spontánního projevu. Pasivní slovní zásoba odpovídá věku.



Tabulka č. 10 - věk 8 let

Vyšetření	Pracoviště	Závěr vyšetření
Neurologické	xxx	
Psychologické	FN Motol Praha	Nerovnoměrný vývoj schopností s výrazným specifickým opožděním v oblasti aktivní řeči - těžká forma expresivní vývojové dysfázie, verbální schopnosti odpovídají pásmu středně těžkého mentálního postižení. Dále v kognitivním profilu orální a grafomotorická dyspraxie s nejasně vyhraněnou lateralitou a nezralostí vizuomotorické koordinace, porucha aktivity a pozornosti (ADHD) s poruchami chování. Neverbální intelektové výkony v normě, s dílčími nerovnoměrnostmi odpovídají pásmu průměru.
Logopedické	COMHEALTH, s.r.o.	Spontánní projev je srozumitelný, vynechávání některých hlásek, náhrady hlásek, artikulace - porucha realizace: II. artikulačního okruhu: sykavky, r/0, ř/0. III: k, g, ch. Pasivní slovní zásoba je přiměřená věku. Motorika mluvidel neobratná, cílené pohyby jazyka, ale zlepšilo se. Rozumí jednoduchým i složitým pokynům. Dýchání nosem volně. Grafomotorika - křečovitý úchop. Jedná se o těžkou formu vývojové dysfázie s dysartrickými rysy, ADHD.
Foniatrické	xxx	
Psychiatrické	xxx	

Pokud se zaměříme na závěr jak psychologického tak logopedického vyšetření z tabulky č. 9 a závěr vyšetření, kterým prošla Sára během osmého roku, zjistíme, že jsou téměř totožné. Během této doby nedošlo tedy ke zlepšení. Jedinou zmínkou o zlepšení jsou cílené pohyby jazyka.

Tabulka č. 11 - věk 9 let

Vyšetření	Pracoviště	Závěr vyšetření
Neurologické	xxx	
Psychologické	FN Motol Praha	Nerovnoměrný vývoj schopností s výrazným specifickým opožděním v oblasti aktivní řeči - těžká forma expresivní vývojové dysfázie, verbální schopnosti odpovídají pásmu středně těžkého mentálního postižení. Dále v kognitivním profilu orální a grafomotorická dyspraxie s nejasně vyhraněnou lateralitou a nezralostí vizuomotorické koordinace, porucha aktivity a pozornosti (ADHD) s poruchami chování. Neverbální intelektové výkony v normě, s dílčími nerovnoměrnostmi odpovídají pásmu průměru.
Logopedické	xxx	
Foniatrické	xxx	
Psychiatrické	xxx	

Rovněž mezi osmým a devátým rokem nedošlo na základě závěrů psychologického vyšetření, ke zlepšení, či změnám ve vývoji.

#### 4.5 Formy terapie a péče o dítě s vývojovou

Schéma č. 2 – komplexní péče o Sáru

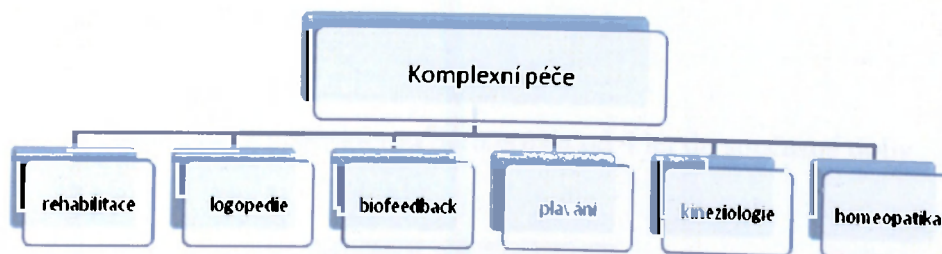
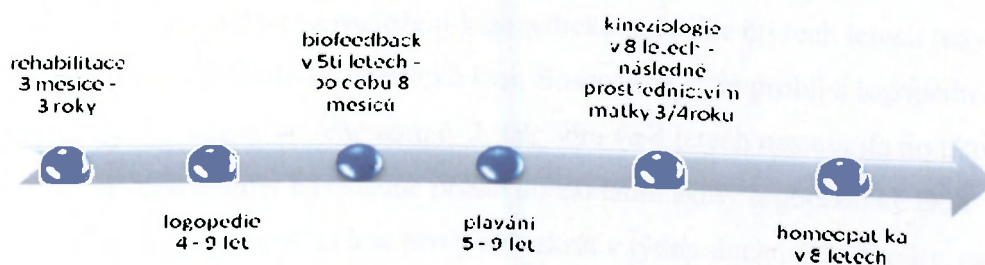


Schéma č. 2 nám ukazuje jakou péčí Sára prošla v průběhu svého vývoje. Jak jsem uváděla v teoretické části této práce, o dítě s vývojovou dysfázií je třeba pečovat zcela komplexně. Nezaměřovat se tedy jen na oblast řeči, ale rozvíjet a podporovat všechny oblasti vývoje dítěte. Se Sárou se tedy pracovalo v rámci rehabilitace, logopedie, chodila na plavání, byl vyzkoušen biofeedback, který však nepřinesl žádný výsledek. Dále docházela na kineziologii a užívala homeopatika.

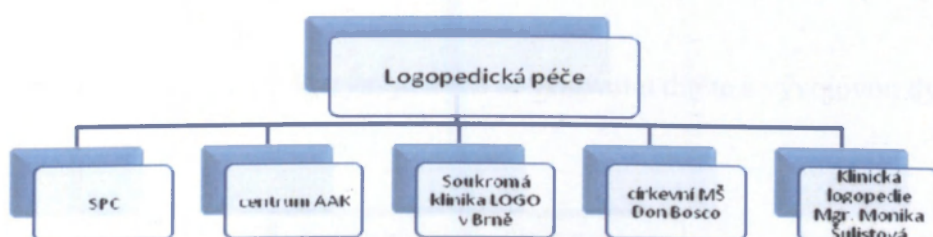
Schéma č. 3 – časová osa komplexní péče



Tato časová osa nám upřesňuje předchozí schéma, kde byla uvedena komplexní péče o Sáru. Ve schématu č. 3 můžeme tedy vidět, že rehabilitace probíhala od 3 měsíců do 3 let. Nejdůležitější formou byla Vojtova metoda, která se však ukázala jako neúčinná. Během pátého roku věku docházela Sára po dobu 8 měsíců na biofeedback, sama terapeutka však podle slov maminky uznala, že tato metoda nepomáhá a tudíž byla ukončena. Mezi 5. až 9. rokem docházela na plavání, které bylo vystřídáno scénickým

tance, kterému se Sára v současné době věnuje. Ten však není považován za formu terapie. V 8 letech začaly s maminkou docházet na kineziologii. Tato metoda měla poměrně rychlý efekt s tím, že Sára začala jíst. S příjmem potravy měla problémy již od mala. Následně začala docházet pouze maminka, metoda pomáhala, ale postupem času přestala docházet už i sama maminka.

Schéma č. 4 – logopedická péče, kterou Sára prošla od 4 let do současné doby



Předchozí schémata se zabývala komplexní péčí a jejím časovým zařazením. Čtvrté schéma se zabývá pouze logopedickou péčí, která tvoří podstatnou část péče o Sárku. Zlomovým okamžikem byl nástup do církevní mateřské školy logopedické Don Bosco. Důležitá je také spolupráce se speciálně pedagogickým centrem a centrem pro alternativní a augmentativní komunikaci. Na dalším schématu můžeme vidět časovou osu, která poukazuje na časové rozložení logopedické péče. Ve čtyřech letech tedy Sára nastoupila do mateřské školy logopedické Don Bosco, kde stále probíhá logopedická péče. Jak již bylo uvedeno ve schématu č. 2, tak Sára ve 4 letech nastoupila do této logopedické mateřské školy a následně přešla do základní školy logopedické Don Bosco. Dnes opakuje první třídu této školy a dvakrát v týdnu dochází do školky, na hodiny logopedie. 4. – 8.10 2004, tedy v pěti letech, navštívila Sára soukromou kliniku LOGO v Brně. Jednalo se tedy pouze o jednorázovou záležitost, která se již neopakovala. Od 5,5 let dochází také ke spolupráci se speciálně pedagogickým centrem a centrem pro alternativní a augmentativní komunikaci. Tato spolupráce stále trvá a snaží se spolu s maminkou, třídní učitelkou a asistentkou přijít na vhodnou pomoc a ulehčení situace. V šesti letech také maminka navštěvovala se Sárkou paní Mgr. Šulistovou, která se Sárkou individuálně pracovala. Tato činnost však do současnosti nesetrvává.



Schéma č. 5 - časová osa logopedické péče

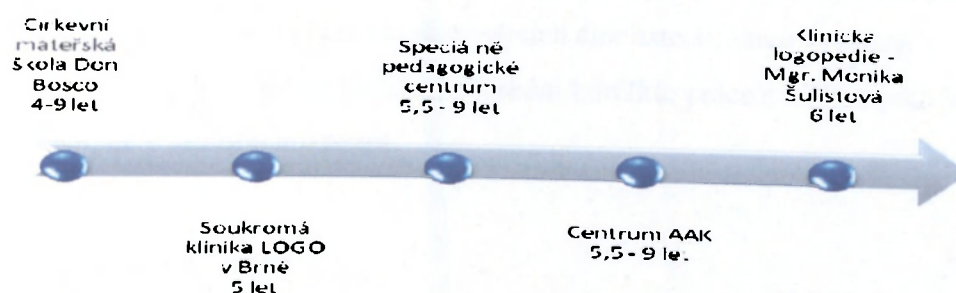
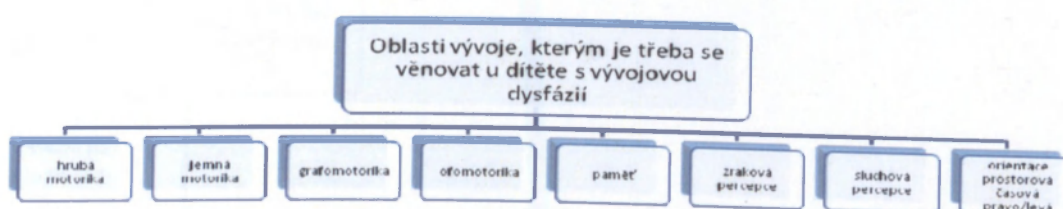
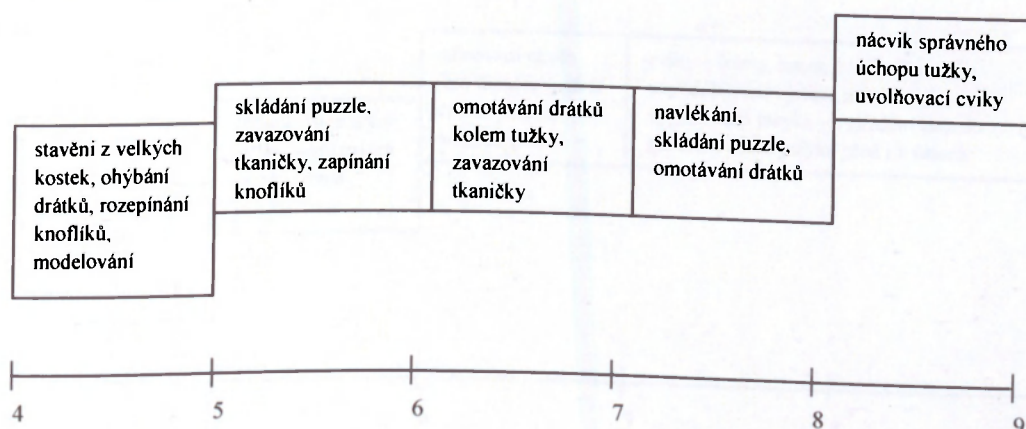


Schéma č. 6 – oblasti vývoje, kterým je třeba se věnovat u dítěte s vývojovou dysfázií



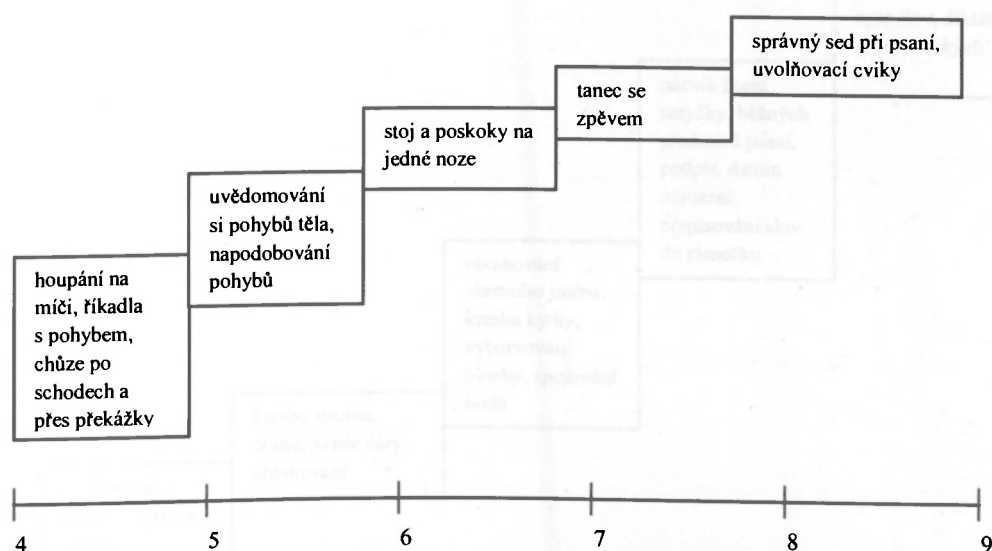
Jak je uváděno v první kapitole, tak u dítěte s vývojovou dysfázií je postižena oblast slovní zásoby, gramatiky, jemné motoriky, grafomotoriky, oromotoriky, sluchové, zrakové percepce, orientace a další. Na tomto schématu můžeme souhrnně vidět, které oblasti jsou rozvíjeny při práci se Sárrou, a na dalších schématech je vývoj popisován podrobněji.

Schéma č. 7 - jemná motorika



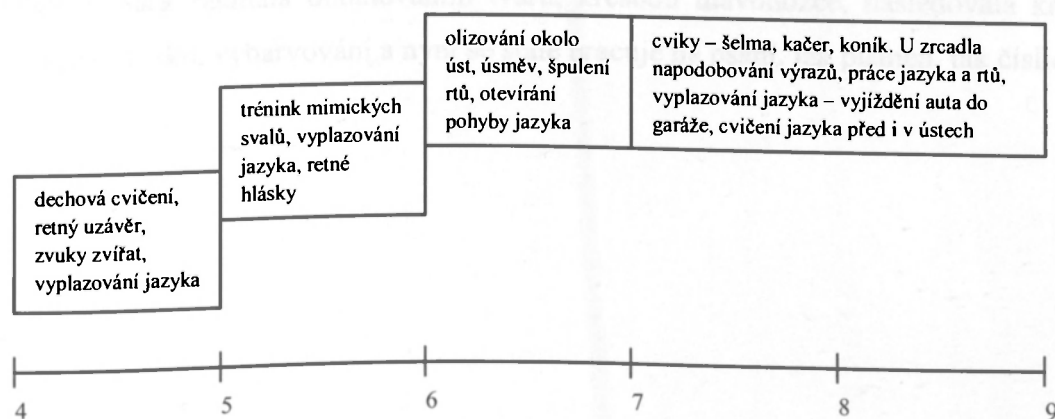
Toto schéma se zaměřuje na průběh vývoje, během kterého se pracuje na jemné motorice Sáry. Začínalo se stavěním z velkých kostek, což je méně náročné na jemnou motoriku. A s činností se pokračuje na náročnějších činnostech, které vyžadují jemnějších práci, jako je skládání puzzle, navlékání korálků, práce s tužkou jako je její správné držení, až k samotnému psaní.

Schéma č. 8 - hrubá motorika



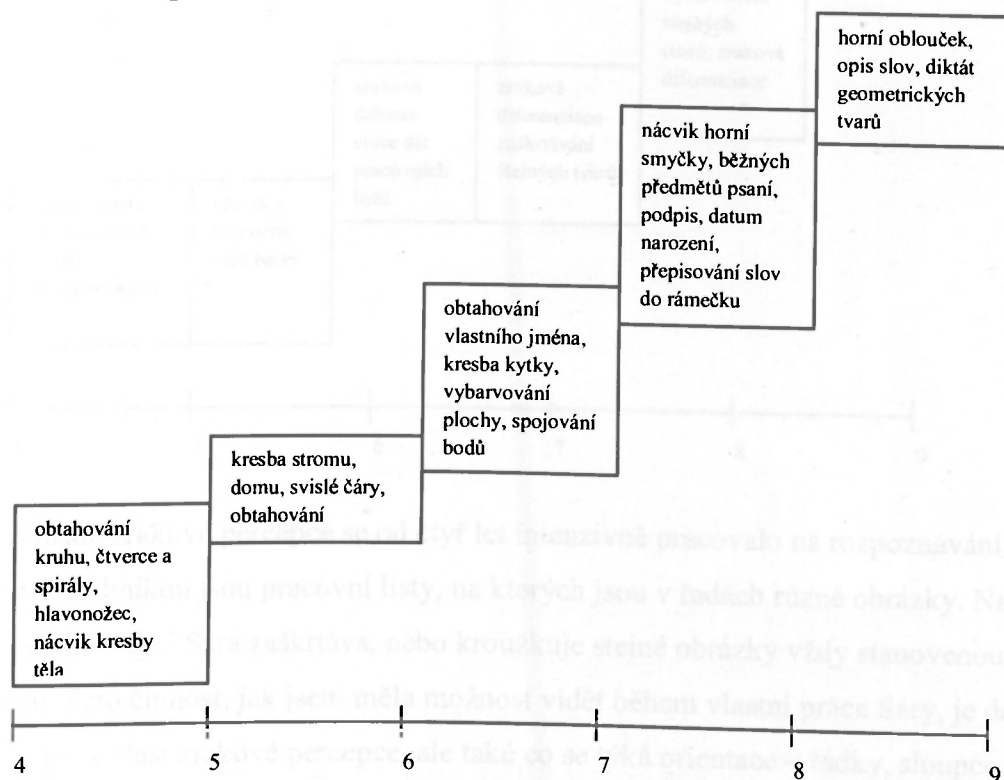
Na schématu týkající se hrubé motoriky můžeme vidět stoupající tendenci. Hrubá motorika se u Sáry vyvíjela opět od jednodušších činností jako je chůze do schodů a ze schodů, přes stoj na jedné noze až po správné sezení při psaní.

Schéma č. 9 - oromotorika



Pokud se zaměříme na oromotoriku, je důležité si uvědomit, že veškerá cvičení směřují na uvolňování a zároveň posilování mimických svalů. Cílem je záměrná činnost mimických svalů, která vede ke snadnějším pohybům během dorozumívání se. U Sáry se velice dlouho pracuje pomocný podobných cviků, které jsou na rozvoj oromotoriky důležité.

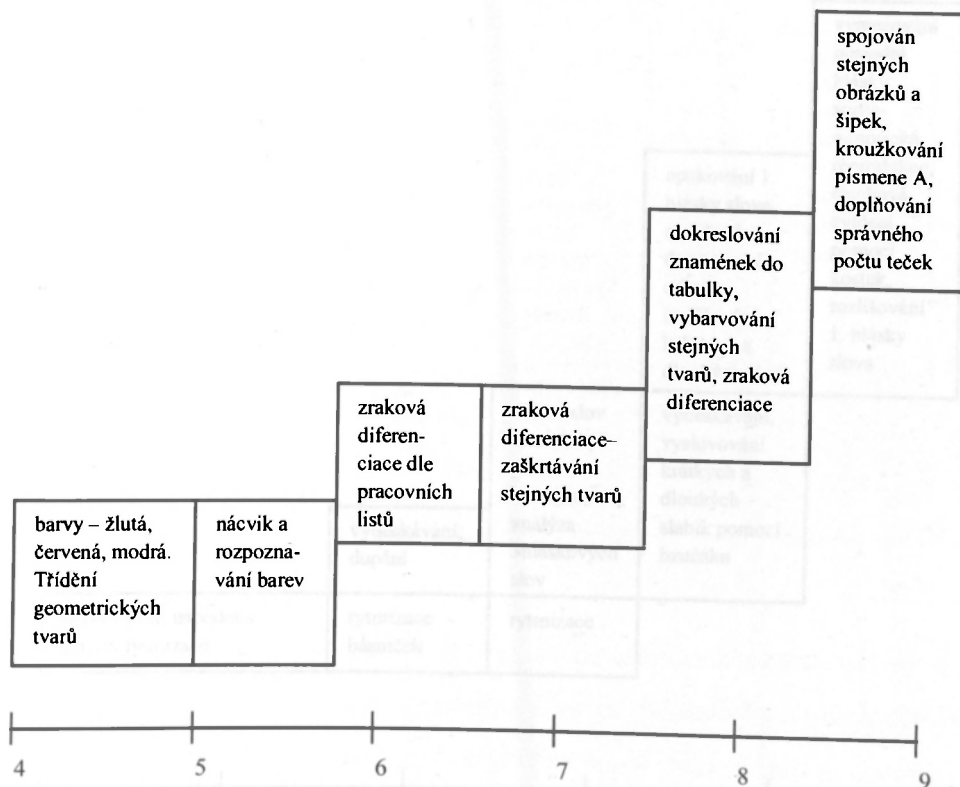
Schéma č. 10 – grafomotorika



Rovněž u grafomotoriky se na základě získaných informací prokazuje stoupající tendence. Sára začínala obtahováním tvarů, kresbou hlavonožce, následovala kresba běžných obrázků, vybarvování a nyní se stále pracuje na psaní, jak písmen, tak číslic.



Schéma č. 11 - zraková percepce



V případě zrakové percepce se od čtyř let intenzivně pracovalo na rozpoznávání barev. Dobrou technikou jsou pracovní listy, na kterých jsou v řadách různé obrázky. Na základě instrukcí Sára zaškrťává, nebo kroužkuje stejné obrázky vždy stanovenou barvou. Tato činnost, jak jsem měla možnost vidět během vlastní práce Sáry, je dobrá nejen pro oblast zrakové percepce, ale také co se týká orientace – řádky, sloupce a pravo/levá orientace. Při této činnosti u Sáry záleží na unavenosti a schopnosti soustředit se. Obrázky poznává správně, jen se musí upozornovat, aby obrázky zaškrťávala postupně a nepřeskakovala řádky.

Schéma č. 12 - sluchová percepce

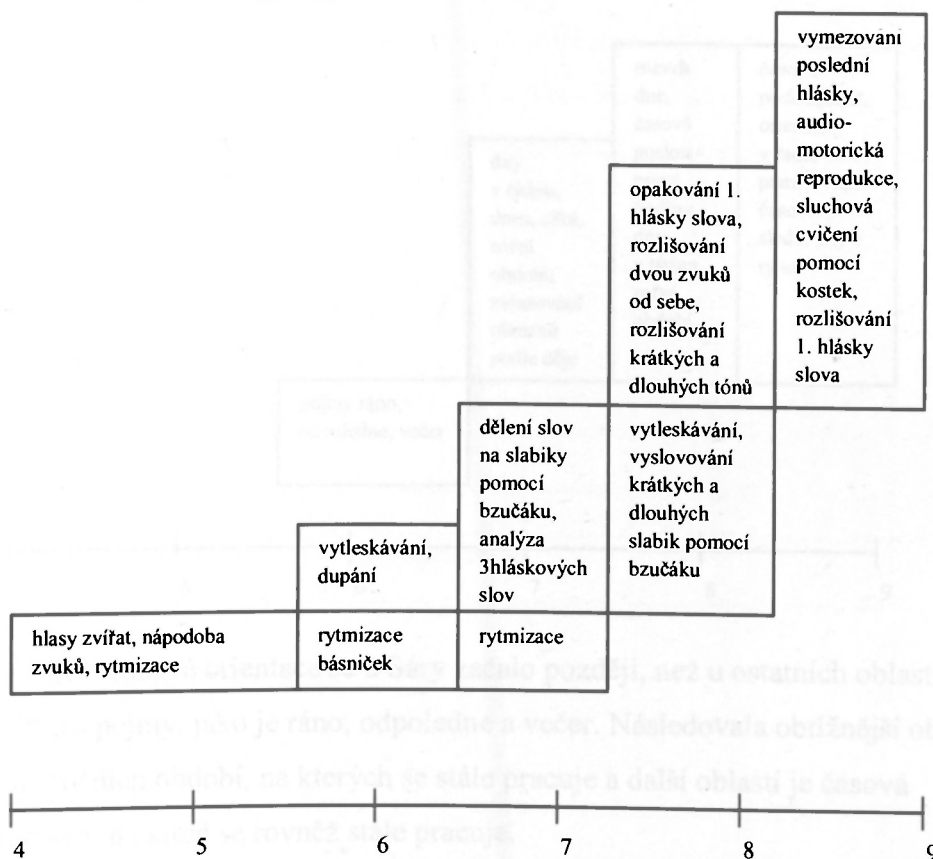
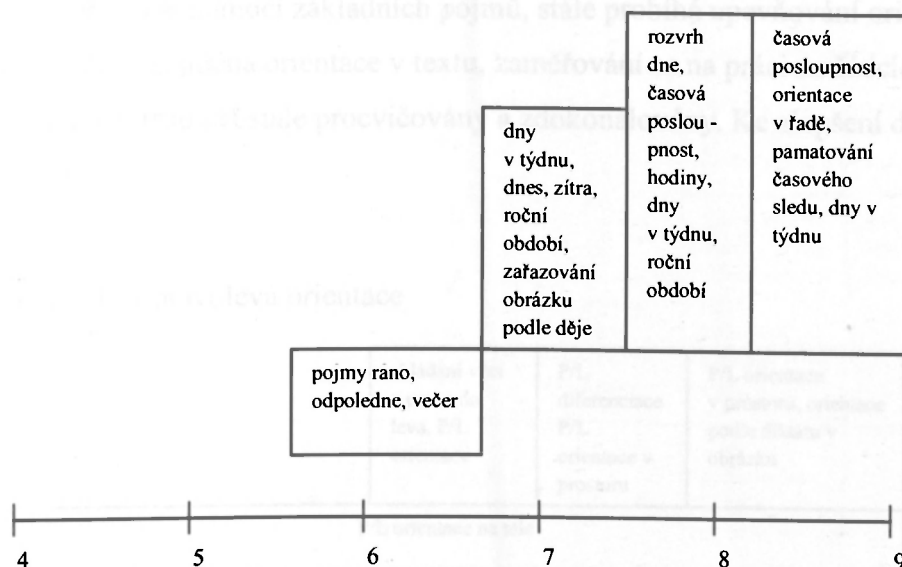


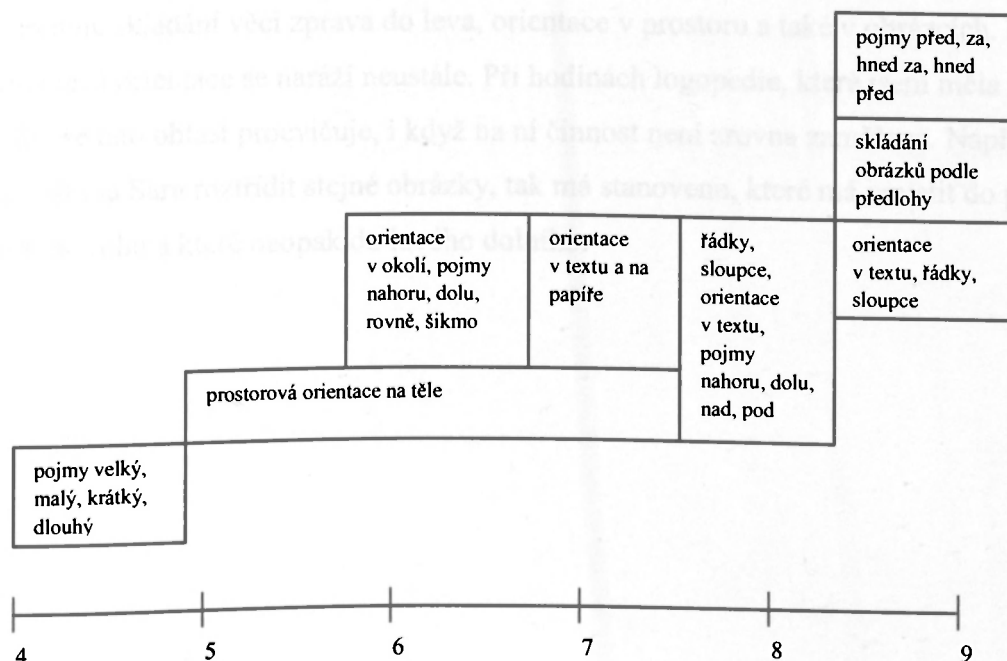
Schéma č. 12 popisuje rozvíjení sluchové percepce. Podle získaných materiálů se začínalo s rozpoznáváním zvuků zvířat, napodobováním zvuků, vytleskáváním, mezi šestým až sedmým rokem se začalo pracovat s bzučákem. A v současné době se stále pracuje na vymezování první i poslední hlásky slova a sluchových cvičení pomocí kostek, kdy se mají najít vždy dvě stejné kostky, které vydávají totožný zvuk. Při menším množství kostek byla práce podstatně jednodušší a výsledky přesnější. Pokud se však pracovalo se všemi kostkami, chyb se objevovalo více.

Schéma č. 13 - časová orientace



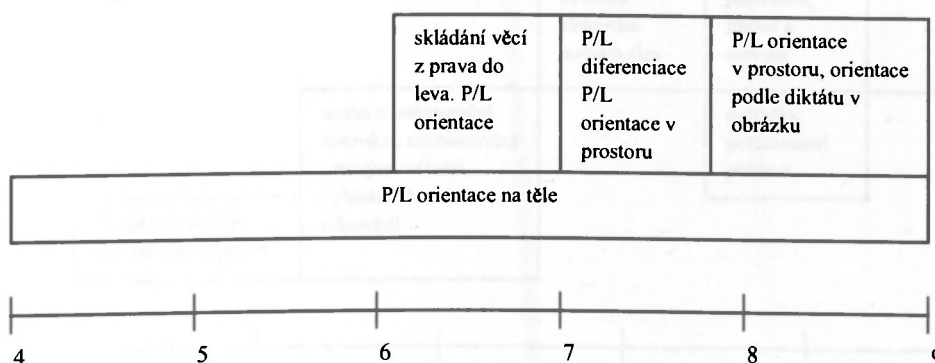
S rozvojem časové orientace se u Sáry začalo později, než u ostatních oblastí. Z počátku s pojmy, jako je ráno, odpoledne a večer. Následovala obtížnější oblast dnů v týdnu, ročních období, na kterých se stále pracuje a další oblastí je časová posloupnost, na které se rovněž stále pracuje.

Schéma č. 14 - prostorová orientace



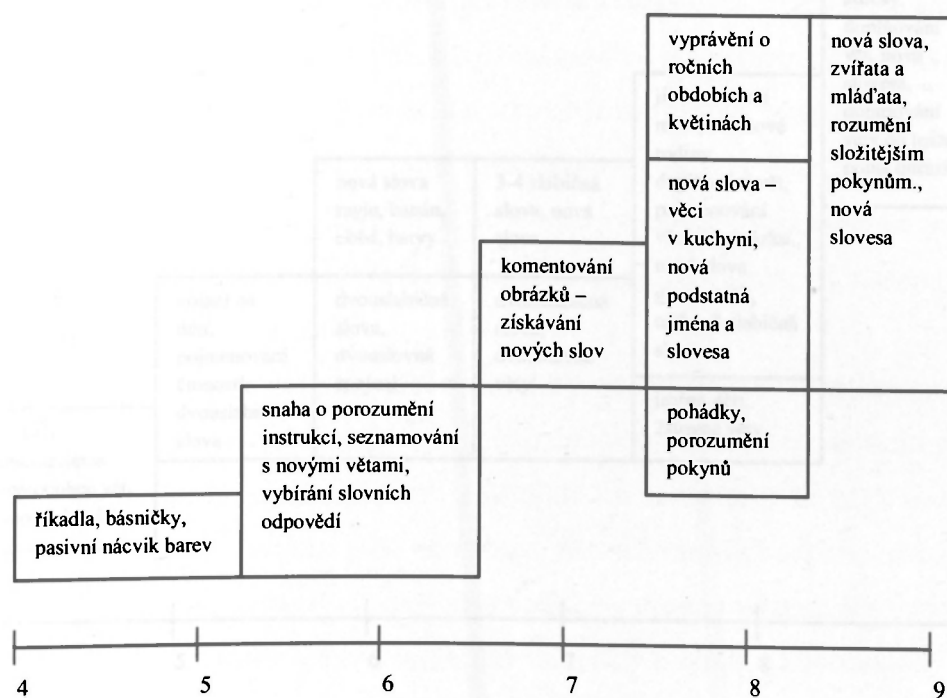
Toto schéma se zaměřuje na rozvoj prostorové orientace. Na této oblasti se se Sárou začínalo pracovat pomocí základních pojmů, stále probíhá upevňování orientace na vlastním těle a zejména orientace v textu, zaměřování se na práci na řádcích a sloupcích. I tyto činnosti jsou neustále procvičovány a zdokonalovány. Ke zlepšení dochází velice pozvolna.

Schéma č. 15 - pravolevá orientace



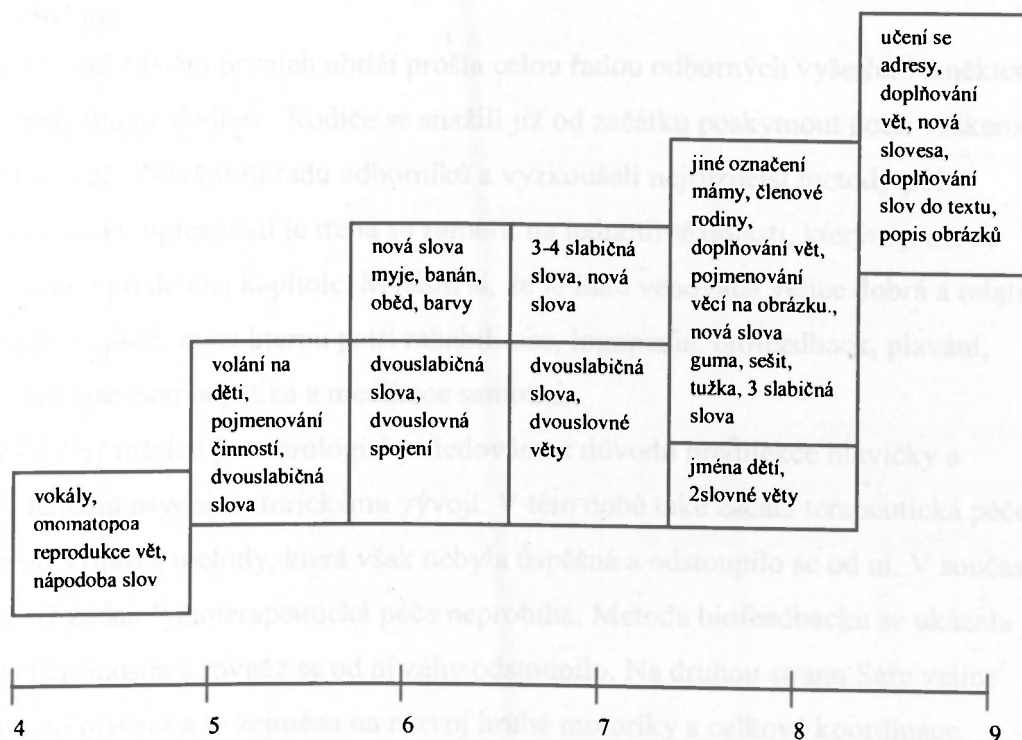
Z předchozích informací, které jsou uvedeny ve 4. kapitole můžeme vidět, že Sára stále není úplně vyhraněná. Píše levou rukou, ale není to úplně přirozené. Proto i na schématu č. 15 můžeme vidět, že se s pravolevou orientací neustále pracuje. Již od nástupu do mateřské školy Don Bosco se pracuje na orientaci na vlastním těle. Rovněž se trénuje skládání věcí zprava do leva, orientace v prostoru a také v obrázcích. Na téma pravolevá orientace se naráží neustále. Při hodinách logopedie, které jsem měla možnost vidět, se tato oblast procvičuje, i když na ní činnost není zrovna zaměřena. Například, když si má Sára roztrždit stejné obrázky, tak má stanovené, které má umístit do pravého horního rohu a které naopak do levého dolního.

Schéma č. 16 - pasivní slovní zásoba



Pasivní slovní zásoba byla u Sára rozvíjena jednak pomocí básniček, říkadel a pohádek, díky kterým se seznamovala s novými slovy. Také na základě komentování obrázků, různých činností, které jsou jednak součástí běžného denního života, tak i v rámci školy. S pasivní slovní zásobou je na tom Sára podstatně lépe, než s aktivní. Již v anamnéze jsem uváděla, že Sára rozumí instrukcím, rozumí téměř všemu, co se říká, ale má problém s vlastním vyjadřováním. Pasivní slovní zásoba odpovídá stejně starým dětem ve třídě.

Schéma č. 17 - aktivní slovní zásoba



S aktivní slovní zásobou je situace podstatně složitější. Je snaha učit Sáru nová slova, postupuje se od jednodušších po náročnější. Podle schématu vidíme, že je snaha učit dvouslabičná slova, dvouslovná spojení a neustále rozšiřování slovní zásoby. Sára se v současné době učí číst globální metodou, přečtená slova si však příliš nepamatuje a nedokáže užívat v běžné komunikaci. Má naučená určitá slova, která běžně používá, je však velice schopná a vynalézavá v jakýchkoliv jiných technikách, jak se dorozumět. Například to co potřebuje, tak ukáže, nebo používá určité posunky. S lidmi, kteří jsou se Sárou v častém kontaktu, se dorozumí, protože již vědí, co který výraz znamená. Ve společnosti cizích lidí má však s porozuměním značné obtíže.



## 5 Diskuse

Sára již od zjištění prvních obtíží prošla celou řadou odborných vyšetření a některá z nich podstupuje dodnes. Rodiče se snažili již od začátku poskytnout dceři veškerou možnou péči. Navštívili řadu odborníků a vyzkoušeli nejrůznější metody péče. Z hlediska komplexnosti je třeba se zaměřit na jednotlivé oblasti, kterým jsem se věnovala v předchozí kapitole. Myslím si, že je Sáře věnována velice dobrá a relativně komplexní péče, mezi kterou patří rehabilitace, logopedie, biofeedback, plavání, kineziologie, homeopatika a medikace samotná.

Již od čtyř měsíců je neurologicky sledována z důvodu predilekce hlavičky a opožděnému psychomotorickému vývoji. V této době také začala terapeutická péče a to formou Vojtovy metody, která však nebyla úspěšná a odstoupilo se od ní. V současné době již žádná fyzioterapeutická péče neprobíhá. Metoda biofeedbacku se ukázala jako zcela nepřínosná a rovněž se od ní záhy odstoupilo. Na druhou stranu Sáře velice pomohlo plavání a to zejména na rozvoj hrubé motoriky a celkové koordinace. Kineziologie byla rovněž svým způsobem úspěšným krokem vpřed.

Od čtyř let navštěvuje Sára logopedii, foniatrii, rovněž dochází k psychologickým a psychiatrickým vyšetřením. Logopedie se stala nedůležitější součástí péče o Sáru. Maminka se snažila vyhledat nejrůznější odborníky v tomto oboru, kteří by se mohli podílet na zlepšení situace její dcery. Sára podstoupila pobyt na soukromé klinice LOGO v Brně, dále navštěvovala logopedku paní Mgr. Moniku Šulistovou, avšak zlomovým okamžikem se stal nástup do mateřské školy logopedické Don Bosco a následné pokračování na základní škole logopedické Don Bosco. Zde je Sáře věnována odborná péče, jak v běžných vyučovacích hodinách, tak při individuálních konzultacích a hodinách logopedie.

Jak jsem již zmiňovala v kapitole č. 4, tak rodina rovněž spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem a centrem AAK. V současné době však stále není vyřešena otázka možnosti užívání některé z forem alternativních komunikací. Maminka by měla zájem o to, aby se Sára učila dorozumívat se pomocí znaků. Sára však nemá motivaci se znakům učit a navíc je zde stále otázka, kde by znaky používala.

V kapitole zabývající se komplexní rehabilitací u dětí s vývojovou dysfázií jsem uváděla ještě celou řadu dalších možností rehabilitační péče. Jako například ergoterapie,

terapie za účasti zvířete, muzikoterapie popřípadě dramaterapie, které by bylo rovněž možné ještě vyzkoušet vzhledem ke komplexnosti péče o Sáru. Možná by některá z nových metod mohla přinést určité výsledky.

Pokud se však zaměříme na podstoupené terapie, je třeba konstatovat, že každá z nich byla velice kvalitní a na profesionální úrovni. U Sáry se však jedná o zcela atypickou formu vývojové dysfázie u které většina běžně užívaných metod není zcela účinná. Ve vývoji Sáry dochází k drobným zlepšením, která však vyžadují dlouhodobou a trpělivou práci.

Od některých terapeutických metod se tedy muselo odstoupit, protože nevykazovaly žádné výsledky a tudíž byly zcela bezpředmětné. Sára potřebuje neustálou logopedickou péči a aktivní práci na rozvoji všech vývojových dovedností. V současné době je také třeba vyřešit možnost užívání alternativní komunikace.

## **Závěr**

Závěrem bych ráda celou práci shrnula. Během zpracování teoretické části jsem získala řadu cenných informací z odborné literatury, kterou jsem prostudovala. Ucelila jsem si informace o problematice vývojové dysfázie zejména tedy z hlediska symptomatologie, terapie jak v řečových, tak neřečových oblastech vývoje dítěte. Snažila jsem se zde popsat ty nejpodstatnější informace, které se dotýkají tohoto tématu.

Pro zpracování praktické části jsem docházela do základní školy logopedické Don Bosco, kde jsem pozorovala dítě s diagnózou vývojové dysfázie. Měla jsem možnost účastnit se běžných vyučovacích hodin, kde jsem mohla vidět práci Sárky v kolektivu. Rovněž jsem byla přítomna u individuální práce, která probíhá v rámci výuky v oddělené místnosti, tak i při hodinách logopedie, které zajišťuje mateřská škola Don Bosco. Jak jsem již zmiňovala v předchozích kapitolách, cenné informace jsem také získala od Sáriny maminky, třídní učitelky a paní asistentky.

Na základě svého pozorování a své práce musím zkonstatovat, že Sára má opravdu velkou podporu jak ze strany své maminky, která o Sárku svědomitě pečuje, tak ze strany všech profesionálů. Musí se ve svém životě potýkat s nepříjemným problémem, který ovlivňuje celý její život. Byl jí však dán dar v podobě obětavé maminky, která se snaží kompenzovat veškeré nepříjemnosti, aby si Sára prožila dětství, jako každé jiné dítě, měla radost ze svých úspěchů a mohla se těšit ze svých dětských radostí a prožívat možná i drobné starosti, které jsou součástí života každého z nás.

Osobně bych doporučovala setrvat v této již tak dlouhé a náročné cestě, která však není bezvýznamná. Naopak si myslím, že je nedílnou součástí života Sárky a její možnou vizí do budoucna pro zlepšení situace.

## POUŽITÁ LITERATURA

- BENSON,N., LOON,B.: Psychoterapie. Praha: Portál, 2005. 175.s. ISBN 80-7367-005-4
- Česká logopedie 1988 – 2. část. Praha, 1989. 64s.
- Česká logopedie 1989 – 1.část. Praha, 1990. 64s.
- Česká logopedie 1989 – 2.část. Praha, 1990. 64s.
- Česká logopedie 2007. Praha: Galén, 2008. 98s. ISBN 978-80-7262-548-2
- Česká logopedie 1995. Praha: Makropulos, 1996. 78s. ISBN 80-86003-05-1
- Česká logopedie 1998. Praha: Makropulos, 1999. 173s. ISBN 80-86003-31-0
- Česká logopedie 2004. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-383-4
- DVOŘÁK,J.: Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou, LOGOPEDIA CLINICA, 1998, 192s.
- DVOŘÁK,J.: Vývojová fonologická porucha. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2003. 146s. ISBN 80-902536-4-4
- HARTL,P., HARTLOVÁ,H.: Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. 776s. ISBN 80-7178-303-x
- HENDL,J.: Kvalitativní výzkum. Praha: Portál, 2005. 407s. ISBN 80-7367-040-2
- CHRÁSKA,M.: Úvod do výzkumů v pedagogice. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2006. 200s. ISBN 80-244-1367-1
- JANKOVSKÝ, J.: Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha: TRITON, 2006. 173s. ISBN 80-7254-730-5
- KÁBELE,F.: K logopedické teorii a praxi. Praha: SPN, 1997. 173s.
- KŘIVOHLAVÝ,J.: Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Avicenum, 1985. 163s.
- KUTÁLKOVÁ, D.: Opožděný vývoj řeči; Dysfázie: metodika reedukace. Praha: Spetima, 102 s. 2002. ISBN 80-7216-177-6
- LECHTA,V.: Symptomatické poruchy řeči u dětí. Praha: Portál, 2002. 191s. ISBN 80-7178-572-5
- LECHTA, V.: Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. 386s. ISBN 80-7178-961-5

- LEJSKA,M.: Poruchy verbální komunikace a foniatrie. Brno: Paido, 2003. 156s. ISBN 80-7315-038-7
- MIKULAJOVÁ,M., RAFAJDUSOVÁ,I.: Vývinová dysfázia. Bratislava, 1993. 288s. ISBN 80-900445-0-6
- PAVLOVÁ-ZAHÁLKOVÁ, A., OHNESORG,K., KANTOR,M.: Prevence poruch řeči. Praha: SPN, 1980. 152s.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A.: Logopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 89s. ISBN 80-244-1233-0
- PIPEKOVÁ,J.: Terapie ve speciální pedagogické péči. Brno: Paido, 2001. 165s. ISBN 80-7315-010-7
- SOVÁK,M.: Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence. Praha: SPN, 1978. 132s.
- ŠIMANOVSKÝ, Z.: Hry s hudbou a techniky muzikoterapie. Praha: Portál, 2007. 246s. ISBN 978-80-7367-339-0
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol.: Klinická logopedie. Praha: Portál, 2007. 616s. ISBN 978-80-7367-340-6
- TŘESOHlavÁ,Z.: Lehká mozková dysfunkce v dětském věku. Praha: Avicenum, 1983. 200s.
- VALENTA,M., MÜLLER,O.: Psychopedie. Praha: Parta, 2007. 386s. ISBN 978-80-7320-099-2
- VOTAVA, J.: Základy rehabilitace. Praha: Karolinum, 1997. 139s. ISBN 80-7184-385-7
- ZELEIOVÁ, J.: Muzikoterapie. Praha: Portál, 2007. 254s. ISBN 978-80-7367-237-9